



HAL
open science

**LE CONSEIL GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION DES
HOSPICES CIVILS DE PARIS : Science
d'administration des hôpitaux et médecine clinique
(1801-1832)**

Antoine Ermakoff

► **To cite this version:**

Antoine Ermakoff. LE CONSEIL GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION DES HOSPICES CIVILS DE PARIS : Science d'administration des hôpitaux et médecine clinique (1801-1832). Histoire, Philosophie et Sociologie des sciences. Université Paris 7 - Denis Diderot, 2012. Français. NNT : . tel-01583542

HAL Id: tel-01583542

<https://theses.hal.science/tel-01583542>

Submitted on 7 Sep 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License



UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT (Paris 7),
PRES Sorbonne Paris Cité



UFR science du vivant, Département d'Histoire et de
Philosophie des sciences
École doctorale : ED 400 Savoirs scientifiques

THÈSE pour obtenir le grade de docteur en Épistémologie et Histoire des Sciences

**LE CONSEIL GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION DES HOSPICES
CIVILS DE PARIS :**

Science d'administration des hôpitaux et médecine clinique (1801-1832)

Présentée et soutenue publiquement le 07 juin 2012 par Antoine ERMAKOFF

JURY

M. Alain LEPLÈGE, Professeur, Université Paris 7-Denis Diderot, directeur de thèse
M. Philippe HUNEMAN, Chargé recherche, I'HPST/Paris 1 Panthéon-Sorbonne-
CNRS, co-directeur de thèse
M. Joël COSTE, Professeur, Université Paris 5-René Descartes, rapporteur
M. Jean-Claude DUPONT, Professeur, Université de Picardie-Jules Verne, rapporteur
Mme. Anne RASMUSSEN, Maître de conférence, Université de Strasbourg
M. Stéphane SCHMITT, Chargé de recherche, SPHERE/Université Paris 7-Denis
Diderot-CNRS
M. George WEISZ, Professor, McGill University

À manue, à ...,

Aux amis, la smala, etc.

Mes plus sincères remerciements vont à Rafael Mandressi, Patrice Bourdelais, Armelle Debru, Serenella Nonnis, Christelle Rabier, pour leurs avis précieux, le personnel des archives de l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris pour sa disponibilité, Céline Lefève pour son soutien, et Alain Leplège et Philippe Huneman pour m'avoir patiemment suivi et encouragé pendant toutes ces années. Il est difficile de se souvenir de tous, et ingrat d'en oublier un seul, fait dire Francis Bacon à Cicéron¹ : que les absents des mentions précédentes, multiples relecteurs et petites mains génératrices d'annexes ou de fichiers .csl, me pardonnent mon ingratitude, et trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Ce travail a été rendu possible par l'allocation d'une bourse doctorale de la région Ile-de-France.

1 Bacon 1991 [1605], p.82.

« Normal est le terme par lequel le XIXe va désigner le prototype scolaire et l'état de santé organique. La réforme de la médecine comme théorie repose elle-même sur la réforme de la médecine comme pratique : elle est liée étroitement, en France, comme aussi en Autriche, à la réforme hospitalière. Réforme hospitalière comme réforme pédagogique expriment une exigence de rationalisation qui apparaît aussi en politique, comme elle apparaît dans l'économie sous l'effet du machinisme industriel naissant, et qui aboutit enfin à ce qu'on a appelé depuis la normalisation. » G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, p.175

« Oui, en effet, les principes de la cure ! Les sacrés et intangibles principes de la cure ! Hans Castorp en parlait, en effet, sur le ton qui convenait, celui de la dévotion et de la soumission. Mais il était frappant – frappant dans un sens naturellement favorable – de noter que c'étaient justement ceux d'entre ces principes qui étaient sacro-saints qui coïncidaient exactement avec les intérêts financiers des maîtres et potentats, tandis qu'on fermait volontiers l'œil sur ceux qui ne répondaient pas à cette condition ... » Ludovico Settembrini, dans Thomas Mann, *La montagne magique*, p.111

Table des matières

0 Introduction.....	8
0.1 Médecine et administration hospitalières.....	8
0.2 Position du problème.....	20
0.3 Problématique.....	23
0.4 Période considérée, approche documentaire.....	31
0.5 Perspective adoptée, annonce de plan.....	38
1 Quelle institution à la tête des hôpitaux ?.....	41
1.1 Pourquoi créer une nouvelle institution ?.....	41
1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.....	41
1.1.1.1 De quelques principes révolutionnaires.....	41
1.1.1.2 Particularités parisiennes.....	51
1.1.1.3 Intentions préfectorales et ministérielles.....	61
1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique.....	82
1.1.2.1 Organigramme.....	82
1.1.2.2 Composition initiale.....	89
1.1.2.3 Le Conseil Général des Hospices, une institution philanthropique ?.....	96
1.1.2.4 La nomination des membres du Conseil Général des Hospices : un enjeu politique ?.....	105
1.1.2.4.1 De grands notables.....	105
1.1.2.4.2 Indépendants ou soumis à l'autorité ministérielle : la nomination des membres.....	110
1.1.2.4.3 Une des institutions les plus stables de son temps.....	116
1.1.2.4.4 La Commission Administrative.....	121
1.2 Une institution indépendante ?.....	129
1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique.....	129
1.2.1.1 Entre ministre et préfet.....	129
1.2.1.2 Octroi de bienfaisance : une lutte locale ?.....	140
1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832.....	155
1.2.2.1 1814 : blessés & typhus.....	158
1.2.2.2 1832 : le choléra.....	173
1.3 Entre administration et médecine, les priorités hospitalières du CGH.....	198
1.3.1 Un impératif de bonne gestion.....	198
1.3.1.1 Hôpitaux ou secours à domicile ?.....	198
1.3.1.2 Les établissements centraux : pain, vin et remèdes.....	206
1.3.1.3 Assurer le bien des pauvres : la remise en ordre financière et disciplinaire.....	215
1.3.1.4 Les symboles : noms et fondations.....	224
1.3.1.5 « Combattre les abus » : limitation des admissions.....	231
1.3.1.5.1 Pensions représentatives.....	233
1.3.1.5.2 Traitements externes.....	236
1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?.....	242
1.3.2.1 Reprise de thèmes médico-administratifs anciens.....	242
1.3.2.2 Médicalisation.....	258
1.3.2.2.1 ... des dépenses ?.....	262
1.3.2.2.2 ... du personnel ?.....	265
1.3.2.3 Hospitalisation de la médecine ?.....	273
1.4 Conclusion de partie.....	283

2 Les règlements d'admission : La création des malades.....	286
2.1 L'indigent malade et l'indigent valide : typologie des « malheureux », typologie des établissements.....	288
2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?.....	294
2.1.1.1 Condition de possibilité pour la médecine clinique	294
2.1.1.2 ... et acte administratif.....	303
2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux.....	310
2.1.2.1 L'indigent valide et l'indigent malade.....	310
2.1.2.2 La « mise au travail ».....	322
2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices.....	337
2.1.3.1 Hôpitaux généraux.....	337
2.1.3.2 Hospices et prix de journée.....	347
2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir ».....	362
2.1.4.1 Une décision strictement économique ?.....	362
2.1.4.2 De l'offre et de la demande.....	372
2.2 L'affectation des établissements, réponse administrative productrice de savoirs nouveaux.....	386
2.2.1 Des moyens médico-administratifs	386
2.2.1.1 Le Bureau Central d'admission : un « vrai jury médical » pour « régulariser, dans cette grande commune, la distribution des secours ».....	386
2.2.1.1.1 Filtrer et répartir.....	391
2.2.1.1.2 Soins sur place.....	398
2.2.1.1.3 Classement des malades.....	400
2.2.1.1.4 Admissions par urgence.....	408
2.2.1.1.5 Suppression du BCA.....	414
2.2.1.2 Convalescents et transferts inter-établissements.....	417
2.2.1.2.1 Transferts.....	417
2.2.1.2.2 Convalescents.....	428
2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.....	434
2.2.2.1 Orphelins & Enfants-Malades.....	446
2.3 De quelques effets globaux et locaux.....	458
2.3.1 Une gestion globale cohérente ?.....	458
2.3.1.1 Capacité et répartition.....	458
2.3.1.2 Mortalité et durée de séjour.....	470
2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?.....	483
2.3.2.1 Les caractéristiques de la population hospitalisée.....	489
2.3.2.2 Expérimentations & attentions.....	498
2.3.2.3 Protestations, pétitions et plaintes.....	517
2.4 Conclusion de partie.....	524
3 Prescrire des pratiques : les technologies de papier.....	527
3.1 Écrire.....	527
3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire.....	527
3.1.1.1 La trace écrite, réquisit de la méthode clinique.....	528
3.1.1.2 Écrire, une pratique transparente et neutre ?.....	543
3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite.....	559
3.1.2.1 Administrer : une pratique ... scripturaire.....	559

3.1.2.2 Cahiers de visite et recueils d'observation : instruments simples à finalité double.....	564
3.2 Compter.....	585
3.2.1 Le « tableau clinique ».....	585
3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis).....	599
3.2.2.1 Quoi compter ?.....	601
3.2.2.2 Comment compter ?.....	605
3.2.2.3 Pourquoi, pour qui compter ?.....	618
3.3 Surveiller.....	639
3.3.1 Une exigence morale et scientifique.....	639
3.3.1.1 Surveiller les malades.....	639
3.3.1.2 Surveiller les maladies.....	653
3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique.....	672
3.3.2.1 Identifier des malades.....	673
3.3.2.2 Gérer des ressources.....	678
3.4 Conclusion de partie.....	686
4 Conclusion.....	689
Bibliographie primaire.....	694
Bibliographie secondaire.....	703

0 Introduction

0.1 *Médecine et administration hospitalières*

Ce travail de doctorat vise à élucider une partie des relations qu'entretenaient médecine et administration hospitalière, et ceci à travers l'étude d'une institution largement négligée : le Conseil Général d'Administration des Hospices Civils de Paris (ci-après CGH), organisme composé non pas d'hommes de médecine mais d'un aréopage de notables, placé sous la tutelle immédiate du ministère de l'Intérieur, et qui exerça la direction des hôpitaux, hospices, secours à domicile et placements d'enfants de 1801 à 1848. L'intérêt fondamental de cette institution c'est d'avoir géré, pour la première fois de façon pérenne, tous les dispositifs d'assistance de la capitale. Et ceci au moment même où changent les rapports entre médecine et hôpitaux².

De prime abord pourtant, en matière hospitalière, – et en particulier en comparaison de celui de son successeur, l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) – le bilan du Conseil Général des Hospices manque d'un certain éclat. Des sept nouveaux établissements³ qui s'ouvrirent pendant son demi-siècle d'existence, aucun ne connut la célébrité de Lariboisière, premier hôpital construit sur le modèle pavillonnaire et parangon d'hygiénisme, ouvert en 1853, et dont la construction fut pourtant décidée par lui. De même, il avait déjà cédé la place à l'AP-HP quand se généralisèrent anesthésie, anti puis aseptie, redorant le blason thérapeutique des établissements hospitaliers. Pour autant, et bien que sa disparition en 1848 ne l'ait guère laissé regretté, les historiens d'aujourd'hui comme les administrateurs d'hier

2 cf. Ackerknecht 1986 ; Foucault 2003 [1963] ; Granshaw & R. Porter 1989 ; Sournia 1997 par exemple. Même en suivant les analyses d'Othmar Keel ou Laurence Brockliss et Colin Jones (Keel 2001 ; Brockliss & Jones 1997) relativisant l'importance de la période, il n'en demeure pas moins qu'elle a posé les fondamentaux qui sont devenus les nôtres.

3 Sainte-Périne, Maison royale de Santé, la Pitié, hospice Saint-Michel, Hospice de la Reconnaissance, Hospice Devilla, Lourcine.

0.1 Médecine et administration hospitalières

s'accordent en général pour présenter son action comme bénéfique, en particulier à trois niveaux : l'amélioration du service, des bâtiments et de la situation financière. Si Lydie Boulle lui fait crédit d'avoir donné aux institutions hospitalières de Paris, dès 1815, « une physionomie plus moderne, sous la pression des besoins anatomo-cliniques »⁴, plus globalement, pour Claire Barillé « le bilan du CGH est plutôt positif dans la mesure où il contribue à améliorer notablement l'infrastructure hospitalière existante » : agrandissements d'établissements existants Bicêtre, Saint-Antoine, Enfants-Malades, Beaujon où sont construits de nouveaux pavillons ; amélioration des conditions sanitaires et de confort avec la disparition des lits multiples, le remplacement des lits en bois par des lits en fer et la réfection des latrines refaites avec cuvette en faïence et siphon ; et enfin la centralisation des services généraux⁵. De même Armand Husson⁶, directeur de l'Assistance Publique et à ce titre bon juge de l'action de ses prédécesseurs, dressera une synthèse bienveillante de l'administration du CGH, dont les principaux bienfaits résident à ses yeux premièrement dans une amélioration de la gestion générale à travers la typologie des établissements et la création du Bureau Central d'Admission et du Bureau de placement des enfants, ainsi que l'édiction de règlements d'administration et de police ; deuxièmement dans des mesures d'économie et d'entretien, dont le système de pension représentative, le rétablissement du régime paternel, la création d'une imprimerie, et la réfection des bâtiments ; enfin dans les progrès dans les conditions de soin : mise en place de salles de convalescents, suppression des lits doubles, amélioration de l'aération et du régime alimentaire, reconstitution de la lingerie. Bref, « Grâce à la sollicitude et aux soins du Conseil, chaque âge de la vie et chaque infirmité trouvèrent désormais à Paris

4 Boulle 1980, pp.36–37 En partie à travers des constructions entamées un peu antérieurement sous la direction de Clavareau à la Charité (salles d'opération, amphithéâtre anatomique et chirurgical) ou l'Hôtel-Dieu (nouvelle salle de réception des malades, bureau d'enregistrement, cabinet de visites) et de l'érection de bains à Saint-Louis, etc.

5 Barillé 2007, pp.29 & sq.

6 (1809-1874), second directeur (après Henri Davenne) de l'AP-HP, de 1859 à 1870.

0.1 Médecine et administration hospitalières

des établissements de bienfaisance appropriés à leurs besoins »⁷. On le voit, si l'on attribue des changements fondamentaux à l'administration du CGH, on lui fait crédit de bien peu de réalisations marquantes. Tout au plus le mentionne-t-on subrepticement au sujet de la création de l'Internat et de l'Externat, du premier « hôpital pour enfants » d'Europe, de la « libération des fous » de Bicêtre et de la Salpêtrière⁸, ou de la distinction entre hôpital et hospice, etc. Autant de moments importants de l'histoire de la médecine française qui ne peuvent pourtant pleinement se comprendre, selon nous, sans replacer le CGH dans sa dimension d'acteur participant d'un jeu complexe qui mêle médecine et médecins, expansion étatico-administrative et politique de santé, « classes populaires » et « notables ». Or il nous semble que la quasi-totalité des travaux antérieurs ont manqué d'examiner les dimensions proprement administratives de ces mouvements, et qu'ils ont de ce fait négligé le CGH et l'échelon administratif en général, alors que ce dernier se trouve particulièrement pertinent dans l'étude des problématiques hospitalières.

Bien comprendre les diverses dimensions politiques et sociales du CGH et apprécier justement son rôle dans les interactions susmentionnées suppose la connaissance de quelques éléments antérieurs. On reviendra dans le corps du développement sur le contexte précédant immédiatement sa création, à savoir le destin des hôpitaux et des systèmes d'assistance pendant la Révolution⁹. Il convient probablement, en revanche, d'indiquer ici succinctement la généalogie d'Ancien Régime des problématiques – et des problèmes – dont l'institution hérita¹⁰.

7 AAP 38 FOSS, pp.13-20 et p.20 pour la citation.

8 Sur cet épisode en particulier et plus généralement les relations entre institution asilaire et médecine aliéniste – dont nous ne traiterons pas dans ce travail – on pourra consulter, en sus de Castel 1976 dont nous ferons usage par la suite, et Gauchet & Swain 1980, en particulier pp.68-100.

9 cf. infra section 1.1.1.

10 Il s'agit uniquement de rappeler quelques grandes lignes. Pour plus de détails, on se reportera aux références

0.1 Médecine et administration hospitalières

Sans remonter ici jusqu'aux transformations du rapport de l'homme à la mort et à la santé qui fait suite au « transfert de ciel à terre » initié à la Renaissance¹¹, deux mouvements marquent le XVIII^e siècle : un intérêt croissant de l'État royal pour les questions sanitaires, et une recomposition marquée de la médecine, tant sur le plan de la structure de ses savoirs que de son organisation socioprofessionnelle. Ainsi, Michel Foucault a très bien analysé l'émergence d'une « politique de santé » caractéristique d'après lui – et de nombreux historiens – des années 1720-1800¹², et qui formerait le fond de la « professionnalisation du médecin »¹³.

Selon Foucault, cette politique sanitaire, qui se détache doucement de l'assistance, se développe selon deux axes : la constitution d'un « appareil qui peut prendre en charge les malades comme tels » et « l'aménagement d'un dispositif qui permet d'observer, de mesurer et d'améliorer en permanence un “état de santé” de la population ». On connaît les controverses qu'ont suscitées par ailleurs les travaux de Foucault dans le champ historique¹⁴. Pour autant, à s'en tenir aux éléments généraux d'analyse susmentionnés, il nous semble qu'ils font largement consensus.

Ainsi la problématique populationniste saisit les monarchies européennes en général et française en particulier¹⁵ avec une acuité accrue aux XVII^e et XVIII^e siècles. Avec les traités

bibliographiques données dans les pages qui suivent, et de manière générale à Faure 1994, pp.9–75 et surtout au monumental Brockliss & Jones 1997, en particulier la partie II.

- 11 Pour reprendre l'expression de Febvre 1956, p.245, lequel traite de l'essor des assurances. Sur les transformations des problématiques mortuaires et sanitaire au XVIII^e siècle, voir par exemple Ariès 1977, pp.33–62, 105–115 pour la première et Teyssie 1995 ; Vigarello 1999, pp.141–194 ; Bourdelais & Faure 2004, pp.51–66, 143–155 pour des aspects variés de la seconde.
- 12 Analyse qu'il livra dans le premier chapitre des « machines à guérir » (Foucault, Thalamy, Kriegel, et al. 1979 [1976]), intitulé « La politique de la santé au XVIII^e siècle » et repris dans Foucault 2001 [1976]. Dans les pages suivantes, c'est à cette dernière édition que nous faisons référence.
- 13 Foucault 2001 [1976], p.726.
- 14 Quoique ceux-ci aient largement été polarisés par *Surveiller et punir*, cf. par exemple Léonard 1977a ; Foucault 2001a [1980] ; Foucault 2001b [1980].
- 15 On l'aura compris, on ne l'aborde ici que pour mettre en perspective la suite de notre propos, et on se limite donc au paysage français, bien que le mouvement soit, *mutatis mutandis*, européen : en sus de Rosen, on pourra consulter dans une perspective comparative D. Porter 1994 ; Hudemann-Simon 2000.

0.1 Médecine et administration hospitalières

de Westphalie¹⁶ et l'ascension du mercantilisme, la quantité et la qualité de la population deviennent un réquisit de la souveraineté royale. Elles sont gage de puissance militaire : dans la seconde moitié du XVII^e siècle les effectifs de l'armée croissent nettement et surtout la généralisation des armes à feu nécessite une troupe entraînée et disciplinée¹⁷. Elles sont aussi condition de la prospérité économique : dans la pensée mercantiliste qui fait alors florès, un peuple industriel est source d'excédent commercial et de recettes fiscales¹⁸. D'où les deux célèbres citations, distantes de cent-trente ans, de Jean Bodin et Vauban respectivement : « il n'y a richesse ni force que d'hommes », « Il est constant que la grandeur des rois se mesure par le nombre de leurs sujets »¹⁹. De là, le développement de l'arithmétique politique²⁰ et des premières mesures qui visent l'accroissement, mais également l'amélioration de la population, alors que s'étend la crainte d'une chute de la démographie²¹. C'est pourquoi de Rosen à Foucault, Faure ou Ramsey²², le mercantilisme tient une place si importante dans l'analyse des motifs qui vont pousser la monarchie à investir le champ de la santé. Secondée par les

16 Il met fin à la guerre de Trente Ans (1618-1648), remodèle durablement les frontières européennes et surtout institue un équilibre des puissances consacrant le principe de rapports de force entre États, entités politiquement constituées.

17 cf. Keegan 2000, vol.V, pp. 47-50.

18 Pour être un tout petit peu plus précis, dans la pensée mercantiliste, issue du bullionisme qui naît avec la colonisation du Nouveau Monde, c'est la quantité de métaux précieux détenue (or et argent) qui fait la richesse de l'État, et non la population. Pour autant les mercantilistes sont généralement natalistes, car « Plus la population est nombreuse, plus nombreux sont les bras dont l'agriculture n'a pas besoin et qui peuvent donc être employés dans les manufactures. La croissance démographique permet le développement de l'industrie exportatrice, seule capable d'accroître la richesse de l'État. Si la richesse, c'est l'or, le moyen de l'acquérir, c'est l'accroissement de la population. » Vilquin 2006, p.25.

19 Bodin, *Les six livres de la République*, 1576, et Vauban, *Projet d'une dixme royale*, 1707, p.22, cités par Faure 1994, p.24. On notera que la citation de Vauban est bien à comprendre dans un contexte économique (fiscal), et non militaire comme l'écrit O. Faure.

20 cf. Le Bras 2000 ; Martin & Lécuyer 2003.

21 C'est la « dépopulation », vieille peur datant au moins du XV^e siècle, ravivée notamment par Montesquieu dans les lettres persanes (lettres CXII à CXXII) et dans l'Esprit des lois Montesquieu 1979 [1748] livre XXIII, chapitres XXIV-XXVI, et qui va engendrer une littérature pléthorique tentant d'évaluer l'étendu du désastre, et poser des jalons pour la constitution d'une science démographique. Une des tentatives les plus célèbre est celle de Moheau, qui pourrait n'être qu'un faux-nez du baron Auget de Montyon : Moheau 1778. Sur la dépopulation, cf. Ariès 1979 [1948], pp.353 & sq. Cette thématique va beaucoup mobiliser les médecins (cf. Teyssie 1991, pp.50-54) jusqu'à ce qu'elle soit progressivement supplantée par celle de la dégénération au cours du XVIII^e et du XIX^e siècle. Sur la dégénérescence, voir Doron 2011 et en particulier 3^e partie, chapitre II, section II pour les liens entre dégénération et dépopulation.

22 Rosen 1959 ; Rosen 1993 [1958], pp.57-106 ; Faure 1994, pp.34-35 ; Ramsey 1994a, pp.47-48.

0.1 Médecine et administration hospitalières

sciences camérales importées de Prusse et conceptualisée dans la notion de « police »²³, c'est toute une pensée de la rationalisation et de la maximisation de la puissance de l'État qui se met en place, notamment à travers un volet sanitaire.

Ce n'est donc pas une surprise si c'est à Colbert, ministre des finances de Louis XIV qui poussera à sa forme la plus achevée le mercantilisme français, qu'il reviendra de mettre en place la première esquisse de politique de santé sous l'égide d'une autre de ses initiatives : le Contrôle Général des Finances. C'est la constitution d'un réseau de « médecins correspondants des épidémies » et l'envoi à partir de la fin du XVII^e siècle et avec quelques interruptions, des « boîtes de remèdes »²⁴. L'action du pouvoir central en la matière se verra affirmée par la suite, à travers les efforts de formation des sages-femmes et l'attention portée au « massacre des Innocents »²⁵ ; lors de l'épidémie de peste de 1720 circonscrite à Marseille et sa région²⁶ ; et surtout, avec la création en 1776-1778 de la Société Royale de Médecine : instituée contre la Faculté de médecine²⁷ jugée trop conservatrice, elle devait, par son réseau de correspondants, sa surveillance des remèdes, l'orientation plus pratique de ses travaux, etc. fournir à la royauté de nouveaux instruments sanitaires²⁸.

23 Entendue comme « gestion du “corps” social » au domaine outrepassant largement le simple ordre public, et veillant « à l'abondance de la population, toujours définie comme source première de richesses et de puissance ; [...] aux nécessités élémentaires de la vie et à sa préservation [...] ; à l'activité des individus [...] ; à la circulation des choses et des gens ». Foucault 2001 [1976], p.730. Il n'est qu'à constater l'amplitude des questions traitées dans le plus fameux traité francophone de la « police » du XVIII^e, celui de De Lamare (La Mare 1705) : maintien de l'ordre, « nuisances industrielles », régulation des corps professionnels, culte, etc.

24 Les médecins correspondants des épidémies seront généralisés dans chaque intendance en 1750. Sur les « boîtes de remèdes », aussi connues pour avoir fait la fortune du père d'Helvétius, voir par ex. Bloch 1974 [1908], pp.243–244 ; Bourdelais 2001, p.10 ; Brockliss & Jones 1997, pp.730–734.

25 Qui désignait la haute mortalité infantile. Le choix de l'épisode biblique fait apparaître une expérience immémoriale comme relevant du scandale, et indique un changement profond dans le rapport à la maladie et à la mort. cf. Rosen 1993 [1958], pp.115–117 ; Faure 1994, pp.35–38 ; Brockliss & Jones 1997, pp.716–717.

26 Voir par ex. Bourdelais 2003, pp.49–51 qui qualifie les dispositions prises, et leur échelle – non plus locale mais régionale et nationales – d'« exemple de l'efficacité nouvelle des mesures coercitives ».

27 Comme l'avait été le Jardin du Roi en 1630. Sur la Société Royale de Médecine et le Jardin du Roi, cf. Gillispie 2004a, pp.143–182.

28 Sur la Société Royale de Médecine, la littérature est abondante. Voir Hannaway 1972 ; Gillispie 2004a, pp.221–233.

0.1 Médecine et administration hospitalières

Ce saisissement croissant par l'État des questions de santé au XVIII^e siècle est à mettre en relation avec les évolutions du champ médical, dont les logiques sont partiellement autonomes. Pour le dire succinctement, la structure du savoir médical change de manière importante avec la fin de la tradition scolastique : l'anatomie se voit progressivement accorder une place prépondérante²⁹, alors que la médecine universitaire, largement teintée de néohippocratismes et de l'attentisme thérapeutique afférent³⁰, reprend à l'histoire naturelle son mode d'observation et d'appréhension de ses objets et développe les nosologies de la « médecine des espèces »³¹. Pour des raisons qui ont essentiellement trait au corporatisme de l'organisation des professions médicales, à la place de l'anatomie et aux préoccupations sanitaires de l'État susmentionnées, la hiérarchie socioprofessionnelle des premières va évoluer au cours du dernier siècle de l'Ancien Régime. Alors que la consommation médicale s'accroît dans toutes les couches de la société³² et que la faculté s'engage dans une lutte de plus en plus féroce contre les « charlatans »³³, la suprématie des médecins sur les chirurgiens va se trouver largement contestée³⁴ et aboutir aux appels à « l'unité de l'art de guérir » des

29 Sur la constitution du savoir anatomique, voir Mandressi 2003.

30 Et dont les trois principales chapelles sont vitalisme, matérialisme et empirisme, cf. Brockliss & Jones 1997, pp.418–433 ; Sournia 1997, chap.9.

31 Foucault 2003 [1963], chap.1.

32 Ceci est vrai en Europe en général : Buelzingsloewen 1997, p.344 l'a écrit pour l'Allemagne « À Göttingen comme dans les autres villes universitaires, le changement d'échelle de la clinique coïncide avec une nouvelle étape de la médicalisation : sous l'effet de l'industrialisation, de l'urbanisation et de la paupérisation, les couches populaires ont de plus en plus massivement recours aux institutions de soins, obligeant les municipalités à développer une politique médicale plus ambitieuse qui dépasse souvent leurs possibilités budgétaires. C'est donc la demande sociale qui détermine, au moins pour une part, le développement du serveur hospitalo-universitaire. Cette équation n'est pas nouvelle. La naissance de la clinique dans la seconde moitié du XVIII^e siècle doit d'ores et déjà être mise en relation avec l'émergence d'un marché médical qui nourrit la volonté d'améliorer l'efficacité thérapeutique des médecins. Le succès rencontré par les instituts cliniques et polycliniques auprès des malades témoigne de l'existence d'une demande de médecine très antérieure à la période d'industrialisation. » Voir également Rieder 2005 ; R. Porter 1995, pp.27–44 ; Faure 1994, pp.27–33 ; R. Porter 1985a ; R. Porter 1985b. Pour l'historiographie de la consommation médicale, voir Rabier 2011. On abordera, pour notre part, brièvement cette question dans le strict cadre du CGH section 2.1.4.

33 Brockliss 1995, pp.66–69.

34 À travers une série de réformes et d'institutions, dont les plus marquantes sont probablement la création de l'Académie Royale de Chirurgie en 1731 et la séparation des barbiers et chirurgiens, définitivement établie en

0.1 Médecine et administration hospitalières

réformateurs médicaux – Vicq d'Azyr³⁵ en tête – qui donneront les lois de 1794 et 1803 sur les études et la pratique médicale³⁶. Cet essor de la chirurgie va également entretenir le renouveau de la médecine clinique – pratique hippocratique – qui se diffuse pendant la seconde moitié du XVIII^e siècle en Europe avant de toucher la France³⁷ : parce que le personnel médical des hôpitaux est avant tout constitué de chirurgiens, et que c'est dans les hôpitaux qu'est concentré l'essentiel des ressources en cadavres nécessaires aux nécropsies et donc à l'étude de l'anatomie, l'ascension de la chirurgie entretient le tropisme clinique hospitalier, comme en témoigne la renommée de Desault³⁸.

Or, au cours de la période les hôpitaux vont eux aussi, pour des raisons particulières, se trouver pris dans un mouvement de réforme³⁹. On date générale la première intervention de l'État dans les affaires hospitalières date de 1543⁴⁰ : il s'agissait de gérer au mieux le surplus de capacités généré par le reflux de la lèpre. Plus encore, les mutations de la figure du pauvre, sensibles depuis le XVI^e siècle, et les métamorphoses progressives des équilibres sociaux et économiques – sur lesquels nous reviendrons plus loin⁴¹ – commandent aux XVII^e et XVIII^e

1743 (sur l'organisation professionnelle de la chirurgie et la séparation barbiers/chirurgiens, voir Rabier 2010a). Sur l'histoire de la chirurgie française d'Ancien Régime, l'importance des premiers chirurgiens du roi dans sa constitution en discipline autonome et reconnue, son influence sur la médecine et la médecine clinique du XVIII^e et XIX^e siècles, la référence est Gelfand 1980.

35 (1748-1794), anatomiste, médecin et réformateur médical français. cf. l'excellente notice biographique rédigée par Rafael Mandressi sur le site de la Bibliothèque Inter-Universitaire de Santé : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/vicq.htm>.

36 Sur ces lois, voir par ex. Ackerknecht 1986, chap.4 ; Faure 1994, pp.67–74 ; Foucault 2003 [1963], pp.80 & sq. ; Léonard 1981, pp.46 & sq. ; Lemaire 2003 ; Sournia 1989, pp.258 & sq.

37 Bien qu'il ait des prédécesseurs à Padoue (da Monte), la référence reste Boerhaave à Leyde, ses élèves essaimant à Vienne (de Haen, Swieten puis Stoll), Edimbourg puis Londres (via Rutherford et surtout William et John Hunter), etc. Voir Laget 2011 et surtout Keel 2001, chap.I.

38 cf. Gelfand 1980, chap.6–7.

39 L'histoire des hôpitaux français, en sus de Faure 1981 déjà mentionné, porte un nom : Imbert 1982 ; Imbert 1993 ; Imbert 1954. Dans une perspective plus européenne, voir la somme de G. Risse (Risse 1999) et Granshaw & R. Porter 1989. Si les déterminants des réformes hospitalières sont largement originaux, les hôpitaux doivent être compris comme un instrument des politiques sanitaires. Domin 1998, pt.1, chapitre I en fait même le troisième levier des politiques de santé, avec les règlements de police sanitaire et la surveillance des professions de santé, c'est le troisième et dernier levier des politiques de santé.

40 I.e. de l'édit de Fontainebleau du 13 décembre 1543, concernant les maladreries et posant un impératif de bonne gestion, le premier acte royal portant réforme hospitalière.

41 cf. par exemple Geremek 1997, chap.III–IV pour les aspects médiévaux et modernes et infra section 2.1.2 pour les aspects spécifiques pertinents dans le cadre de notre travail.

0.1 Médecine et administration hospitalières

siècles une attention accrue à la population indigente *et* des réponses différenciées à ses maux. La royauté crée alors une série d'institutions (hôpitaux-généraux puis dépôts de mendicité) qui, en creux et avec des fortunes diverses, tendent à attribuer aux hôpitaux une fonction et une population particulière, plus médicale⁴². L'hôpital apparaît ainsi comme un levier de l'action sanitaire étatique, et à ce titre soumis au même composé de motifs économiques et politiques, comme l'écrit Mary Lindemann :

« À travers toute l'Europe, la réforme sanitaire et hospitalière fut étroitement liée à la réforme de l'assistance aux indigents et fut dictée par des facteurs économiques similaires [à ceux qu'elle étudie pour la ville de Hambourg]. Les “mouroirs pour pauvres”, tels qu'on considérait souvent les hôpitaux, étaient incompatibles avec les idées posant une population nombreuse et industrielle comme la véritable mesure de la richesse et du pouvoir d'un État et la condition *sine qua non* de la prospérité économique. Au final, de tels schèmes de pensée attribuèrent au peuple une valeur directement indexée sur sa capacité productive effective ou potentielle. »⁴³

À la lumière des éléments composants la genèse des politiques sanitaires mentionnés plus haut, on ne s'étonnera pas qu'au XVIII^e siècle l'État se soit en premier lieu intéressé aux hôpitaux militaires : d'abord sur le plan quantitatif en rendant leur présence obligatoire dans chaque place forte, puis en prescrivant la séparation des malades et la généralisation de l'enseignement dans les établissements mêmes⁴⁴. En matière d'hôpitaux civils, l'immixtion du pouvoir central fut largement accélérée par l'incendie qui détruisit une bonne partie de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1772. Se posa alors la question de l'opportunité de son remplacement ou de sa reconstruction, suscitant des prises de positions et d'ambitieux projets de réformes mêlant

42 La création du premier hôpital-général est décidée à Paris en 1656, la mesure généralisée à tout le royaume en 1662, et un siècle plus tard pour les dépôts de mendicité. cf. Imbert 1993, pp.169–197. Ce sont ces institutions qui ont suscité tout la littérature sur le « grand renfermement » et largement alimenté les débats sur l'analyse foucauldienne des dimensions coercitives de l'hôpital. cf. Foucault 1998, pp.67–109.

43 Lindemann 1991, p.115 : « Likewise, throughout Europe, health care and hospital reform were closely linked to poor relief reform and were driven by similar economic factor. The 'deathtraps for the poor', as hospitals were often held to be, threatened plans that cherished an industrious and numerous population as the *sine qua non* of economic prosperity and as the true measure of the wealth and power of a state. Such patterns of thought ultimately endowed the people with an enhanced worth gauged directly to their actual or potential productive capacities. »

44 Ordonnances de 1708, 1747 et 1774 respectivement.

0.1 Médecine et administration hospitalières

savants (Académie des Sciences, Société Royale de Médecine) et représentants politiques de premier plan (Baron de Breteuil, J. Necker, A.-R. Turgot). Celui de Jacques Tenon, sur lequel nous reviendrons⁴⁵ en est une parfaite illustration. C'est dans ce contexte que Jean Colombier et François Doublet⁴⁶ furent nommés par Jacques Necker inspecteurs des hôpitaux et prisons du royaume en 1780, marquant une des premières interventions directes de l'État sur les aspects médicaux – et non plus administratifs – des établissements civils.

Enfin, et c'est sur cet élément important de contexte que nous finirons ces quelques rappels chronologiques, si la reconstruction/remplacement de l'Hôtel-Dieu suscita autant de travaux et d'engagements, c'est que l'institution hospitalière elle-même était sous le feu d'intenses attaques dans la seconde moitié du XVIII^e siècle. Le point de départ réside dans la critique des biens de main morte initiée entre autres par Montesquieu dans *l'Esprit des lois*, largement popularisée par Turgot dans *l'Encyclopédie*⁴⁷ puis reprise par d'autres physiocrates tels Dupont de Nemours. L'idée centrale pour Turgot et les physiocrates est que les biens de mainmorte – dotations faites en général à l'Église et dont la destination, décidée par le testateur, était inaltérable – sortaient définitivement du circuit économique. Pour Turgot, la destination de ces biens pouvait être utile au moment de leur fondation, quoi que les abus étaient probablement répandus, mais personne ne pouvait en préjuger *ad æternam*. Par conséquent, il était nécessaire à l'intérêt général que ces biens puissent être retirés à l'Église pour être réintégrés au système de production⁴⁸. Or, sous l'Ancien Régime, la plupart des hôpitaux étaient précisément des fondations, disposant de la personnalité morale. En 1749, un édit avait bien soumis toute nouvelle fondation à autorisation royale, mais il avait fait long feu, sapé par

45 Cf. section 1.3.2.1. Sur cet épisode, la littérature est pléthorique. On pourra consulter Mitchell 1981 ; Greenbaum 1973 ; Foucault, Thalamy, Kriegel, et al. 1979 [1976] ; Brockliss 1995, pp.69–88 ; Gillispie 2004a, pp.249–256, ou Ermakoff 2005.

46 cf. Colombier & Doublet 1785 ; Weiner 1993, pp.41–44.

47 Art. « fondation ».

48 Sur la critique de Turgot voir Clarke 1964.

0.1 Médecine et administration hospitalières

la longue liste des exceptions bientôt établie⁴⁹. Le résultat était plus ou moins précisément connu, douze enquêtes s'étant succédées au cours du XVIII^e siècle, les dernières sous l'égide de J. Necker : la France disposait d'un réseau très disparate d'établissements charitables, inégalement réparti sur le territoire, massivement composé de très petites structures accueillant un nombre très réduit – voire nul – de personnes⁵⁰. Domin a étudié l'investissement de ce problème juridicoéconomique dans la seconde moitié du XVIII^e siècle par nombre d'économistes et de réformateurs qui insisteront sur une minimisation des coûts et une optimisation des objectifs de santé, appuyée sur des instruments comptables. L'analyse se développe d'après lui selon trois axes, alors qu'à la veille de la Révolution une nouvelle école économique – se réclamant de l'école classique – tentait de démontrer que la logique caritative était incompatible avec le système économique capitaliste : un premier axe « technocratique » tente un arbitrage entre hospitalisation et aide à domicile ; un second lié au marché se donne pour but d'assurer le fonctionnement du système d'assistance par l'intégration des pauvres au système de production ; et enfin un troisième axe « micro-économique » tend à la rationalisation de la gestion hospitalière⁵¹. De fait, la majorité des prises de position, à la suite

49 Sur les différentes fondations, etc. voir Imbert 1993, pp.59–85.

50 Sur la structure hospitalière de l'Ancien Régime, voir Jeorger 1977.

51 Domin 1998, pt.I, chapitre I. Encore une fois, l'analyse n'est pas propre à la France : « L'idée que l'on avait maintenant affaire à un « nouveau » pauvre pour lequel les anciennes formes de soin médical (autant que les anciennes formes de charité) étaient obsolètes fut plus important que n'importe quel programme de discipline. Les anciennes institutions avaient échoué à satisfaire les demandes qui leur étaient imposées par les sociétés urbaines modernes. Elles avaient également failli à mobiliser utilement des ressources ou à cibler les domaines les plus susceptibles d'intervention efficace. L'assistance donnait des soins médicaux à domicile ou en consultation externe, plus qu'institutionnels, et cette préférence était ultimement basée sur la perception du pauvre comme un pauvre travaillant. L'accent sur les secours à domicile soulignait l'idée qu'il était maintenant impératif de réintégrer le pauvre dans le monde du travail. » Lindemann 1991, p.120 : « More important than any programme of discipline was the realization that one was now dealing with a 'new' poor for whom the older forms of medical care (as well as the older forms of charity) were obsolete. Older institutions had failed to meet the demands placed on them by modern urban societies. They had equally failed to mobilize resources constructively or to target the best areas for purposeful intervention. The medical care rendered by the Relief was outdoor or domiciliary, rather than institutional and this preference ultimately rested on the perception of the poor as the labouring poor. The stress on outdoor relief underscored the belief that it was now imperative to reintegrate the pauper into the workaday world. » Notons ici que la relégation de l'hôpital comme élément central des secours ne signifie en aucun cas l'abandon de toute finalité morale ou disciplinaire, comme l'écrit, pour le même contexte, Bueltzingsloewen 1997, pp.75–77 : alors que la réorganisation de l'assistance à Göttingen dans les années 1780 se fait selon des lignes assez semblables avec la création d'un bureau des secours, la pièce centrale n'est plus la maison de travail, mais l'école d'industrie,

0.1 Médecine et administration hospitalières

des vues de Jacques Necker⁵², se font en faveur des petites structures parce qu'elles présentent des coûts de revient par lit inférieurs. Surtout, une majorité nette se dégage en faveur des secours à domicile. Les hôpitaux sont alors accusés d'être source de gabegie, de briser les solidarités familiales et locales, mais surtout d'encourager l'oisiveté et de constituer des foyers de contagion⁵³. Dupont de Nemours synthétise très clairement les conceptions du temps, lui pour qui « plus le secours vient de loin, moins il vaut, et plus il paraît lourd à ceux qui l'accordent », et « aucune maladie d'hôpital n'est pure. Le mélange des miasmes, qui s'échappent de tous les malades, leur nuit à tous & deux maladies affreuses, la fièvre (sic) de prison & le scorbut, empoisonnent toujours, plus ou moins, les autres infirmités dont on va chercher dans les hôpitaux une guérison incertaine »⁵⁴ : les hôpitaux ne peuvent être qu'un expédient, les secours à domicile devant, autant que possible, leur être préférés⁵⁵. Les révolutionnaires reprendront la critique, lui ajoutant l'imagerie d'une institution d'Ancien Régime symbolisant le sort peu enviable fait au peuple. « Pas étonnant, dans ces conditions, que la Constituante préfère développer l'assistance à domicile⁵⁶ et que la Législative s'abandonne à une décentralisation municipale des secours. Barère, dans le droit fil de cet escamotage destiné à améliorer la protection sociale, annonce, le 11 mai 1794, que le Grand Livre de la Bienfaisance permettra de supprimer, à terme, ces établissements coûteux et dangereux, humiliants et anachroniques. [...] La déshospitalisation de la maladie et de l'accident paraît alors un courant impétueux »⁵⁷.

fondée en 1784 pour les enfants pauvres. Discipline de la ponctualité, docilité, ... bref une « pédagogie et une éthique du travail » qui s'étendent doucement à tous les pauvres secourus, non plus dans le cadre de la *werkhaus* répressive, mais au domicile.

52 cf. Rochaix & Patout 1994. C'est par exemple la position de Condorcet : Tzonis 1977.

53 Pour une synthèse des « dangers et utilités de l'hôpital », voir Foucault 2001 [1976], pp.736–740.

54 Dupont de Nemours 1786, pp.12, 25.

55 La position de Dupont de Nemours, pour être très répandue, n'est pas hégémonique : Chambon de Montaux 1787 présentera des vues inverses, tant sur l'utilité sociale que médicale des établissements hospitaliers.

56 cf. par exemple Bloch & Tuetey 1911, p.635 : « si le système de secours à domicile prévalait, système qui présente entre autres avantages précieux celui de répandre les bienfaits sur toute la famille du secouru, de le laisser entouré de tout ce qui lui est cher, et de resserrer ainsi par l'assistance publique les liens et les affections naturelles, l'économie qui en résulterait serait très considérable [...]. »

57 Léonard 1981, p.16.

0.2 Position du problème

EN CHARGE DE L'ENSEMBLE des dispositifs d'assistance – et en particulier hospitaliers – à une période charnière de la médecine française, manifestation unique du saisissement progressif par l'État des questions de politique sanitaire et hospitalière, le CGH se trouve donc à la croisée de problématiques d'envergure, dont l'historiographie s'est largement – mais partiellement – saisie. Pour la période considérée, la littérature traitant des hôpitaux et de leur médecine est abondante, et comprend notamment toutes les études sur « l'école de Paris »⁵⁸, d'Ackerknecht⁵⁹ ou Foucault⁶⁰ à Keel⁶¹. Pour autant, les interrogations concernant la médecine hospitalière parisienne en ce début de XIX^e siècles ne sont pas closes, comme en témoignent brillamment les positions assez divergentes prises par Caroline Hannaway et Ann La Berge d'une part⁶², et George Weisz ou Dora Weiner d'autre part⁶³, dans trois écrits récents. Cette thèse vise à apporter des éléments supplémentaires dans ces débats certes anciens mais toujours vifs.

58 Par « école de Paris » on entend la pratique anatomo-clinique qui se développe dans les hôpitaux parisiens à partir de l'enseignement de Desault, et surtout dans le premier tiers du XIX^e siècle (avec Bayle, Bichat, Corvisart, Laënnec, Magendie, Pinel, Bouillaud, etc.) la référence implicite étant ici Ackerknecht 1986. École que Weisz 2001, pp.106–107 résume en quatre points : 1. un changement épistémologique majeur au début du XIX^e siècle qui voit la médecine se désintéresser de la nosologie pour lui préférer l'enquête clinique empirique, notamment dans une tradition anatomo-pathologique corrélant symptômes et lésions tissulaires observables à l'autopsie. 2. C'est cette pratique parisienne, à son apogée dans les années 1820-1830, qui est à l'origine de développements similaires dans d'autres pays européens. 3. Ce changement fut rendu possible par une réforme des hôpitaux instiguée après la Révolution. 4. Cette école perdit de son attrait international après 1848, essentiellement parce qu'elle resta attaché à la clinique et ne su faire place à la médecine expérimentale, de laboratoire.

59 Ackerknecht 1958.

60 Foucault 2003 [1963].

61 Keel 2001.

62 Hannaway & La Berge 1998.

63 Weisz 2001 ; Weiner & Sauter 2003.

0.2 Position du problème

Premièrement, l'historiographie a largement négligé les administrations hospitalières. En langue française, au-delà des deux volumes parus sous la direction de Jean-Pierre Gutton⁶⁴, d'un ouvrage récent sur les administrateurs de l'hôpital général de Dunkerque⁶⁵ et de quelques autres travaux, la fonction particulière, les motivations et le détail des décisions administratives prises dans la direction des établissements hospitaliers n'ont guère suscité de travaux spécifiques. La plupart du temps traitée dans un déroulé de la « modernisation hospitalière » – largement comprise comme équivalente à la « médicalisation hospitalière » et empreinte d'une téléologie certaine –, l'étude de la gestion des établissements hospitaliers a fait la part belle aux médecins et aux personnels « soignants », les dimensions administratives entrant en ligne de compte essentiellement pour contextualiser telle ou telle « avancée » hygiénique ou médicale, ou pour illustrer les limites des décisions prises par le gouvernement central. Or, historiquement, c'est bien à travers le prisme administratif que s'est formée l'intervention étatique sur ces institutions⁶⁶, avant l'édiction de quelque volonté royale en matière de soin ou d'accueil. De ce point de vue, le Conseil Général d'Administration des Hospices Civils de Paris, créé par l'arrêté consulaire du 27 nivose an IX (17 janvier 1801), est une institution assurément originale. Or, si les administrateurs sont longtemps restés des « figurants » de l'histoire hospitalière, le Conseil Général des Hospices n'est tout simplement jamais monté sur scène.

À l'exception de deux brefs écrits de Jean Imbert⁶⁷, l'institution en tant que telle n'a fait l'objet d'aucune étude⁶⁸, et seule Dora Weiner⁶⁹, par une utilisation minutieuse d'un nombre limité de sources produites sous le Conseil Général des Hospices, donne une rapide image des

64 Gutton 1999 ; Gutton 2002.

65 Ryckebusch 2007.

66 cf. général de l'édit de Fontainebleau du 13 décembre 1543, mentionné supra note 40.

67 Imbert 1954, pp.234–255 ; Imbert 1979, pp.80–87.

68 À l'exception de la thèse que Mme Florence Cassaigne-Greffé – dont les conseils furent fort utiles – réalisa à l'école des Chartes en 1975, et qu'elle refuse de communiquer.

69 Weiner 1993.

0.2 Position du problème

principes directeurs et des résultats de ce dernier, mais ce durant la période impériale uniquement. Il n'en est fait mention que deux fois dans l'ouvrage référence d'Ackerknecht⁷⁰, pas une seule occurrence – plus logiquement – dans la *Naissance de la clinique*, pas plus que dans les derniers développements sur la médecine parisienne du début du XIXe proposés par Hannaway & La Berge, pour reprendre les bornes bibliographiques mentionnées plus haut.

Ce manque est assez étonnant, tout d'abord parce que cette institution est la première à gérer la quasi-totalité des hôpitaux parisiens (18 à sa création⁷¹, près d'une trentaine en 1848), ainsi que les secours à domicile, et qu'elle le fera pendant près de 50 ans, comme nous l'avons déjà dit⁷². Or, si la place prépondérante de « l'école de Paris » dans la structuration de la clinique moderne fait débat, personne ne semble nier qu'elle joua un rôle important, et ce notamment par ses rapports privilégiés à l'institution hospitalière. Ensuite – de manière plus anecdotique mais néanmoins révélatrice – parce que les Hospices Civils de Lyon, conçus sur l'exemple du Conseil Général des Hospices Civils de Paris⁷³, furent l'objet d'une thèse et d'un livre très lu et commenté d'Olivier Faure⁷⁴.

70 Ackerknecht 1986.

71 Beaujon, Bicêtre, Charité, Cochin, Enfants Malades, Hôtel-Dieu, Incurables Hommes (faubourg Saint-Martin), Incurables Femmes (rue de Sèvres), Maternité, Ménages, Montrouge, Necker, Orphelins (Pitié), Orphelines (Faubourg Saint-Antoine), Saint-Antoine, Saint-Louis, Salpêtrière, Vénériens.

72 En fait, elle est la première centralisation pérenne de l'administration des secours parisiens (nous verrons dans la première partie que la commission administrative que le Conseil Général des Hospices vient supplanter eut une existence brève et chaotique, et des prérogatives moindres).

73 Ce en quoi ils ne furent pas les seuls : pendant l'Empire, le modèle du CGH devait faire florès en Italie notamment, où les importants hôpitaux de Turin et Gênes furent administrés par un organe quasi identique. cf. Imbert 1954, pp.248–249.

74 Faure 1981.

0.3 *Problématique*

SCELLER CE VIDE HISTORIOGRAPHIQUE est assurément une ambition du travail ici présenté, et nous espérons qu'il contribuera à combler le manque d'étude sur ce qui fut sans doute l'institution hospitalière européenne la plus puissante du premier tiers du XIX^e siècle. Mais il voudrait être autre chose qu'une histoire qui se limiterait à pointer les décisions administratives qui permirent quelques brillantes avancées médicales⁷⁵ (distinction hôpitaux/hospices ou spécialisation hospitalière précoce par exemple) ou se concentrerait sur quelques hauts faits hospitaliers en temps de crise (1814-1815, choléra, etc). On espère proposer dans les pages qui suivent une histoire des procédures, des discours, des pratiques et pensées usuelles, quotidiennes, patiemment instillés, pas toujours immédiatement appliqués, qui vont pourtant structurer la médecine hospitalière. Autrement dit, ce travail ne sera pas la monographie exhaustive d'une institution (les sources sont trop parcellaires⁷⁶), une histoire des « faits marquants », ou même une histoire sociale. Mais une description de la façon dont la médecine moderne en un temps et en un lieu, s'est accommodée, inspirée et parfois fondue dans une institution et son administration.

C'est donc la question des liens détournés, médiatisés par les modes de pensée et de production spécifiques aux activités médicales d'une part, et administratives d'autre part, que nous voudrions modestement commencer à explorer avec ce travail de doctorat. Cette concomitance d'une nouvelle pratique médicale hospitalière et d'une nouvelle administration hospitalière est-elle purement fortuite ? Ne serait-ce pas aussi qu'à Paris une administration d'une ampleur nouvelle a rendu possible une évolution de l'espace hospitalier ? Si tel est le cas, dans quelle mesure les motivations de ses décisions étaient-elles médicales ?

75 Pour ceci, voir notamment Huard & Grmek 1970, chap.I-III.

76 cf. infra p.32.

0.3 Problématique

Naturellement, il n'est pas question ici de dire que la clinique est née à Paris, et qu'elle n'a été rendue possible que par l'action du Conseil Général. Cependant, tout le XIX^e siècle va voir un développement très important du secteur hospitalier, et la première moitié un des moments phare de la médecine française, alors qu'une administration sous forte tutelle étatique se mettait en place. L'hôpital, vieille institution au cœur de la charité, devenait pièce maîtresse de la politique d'assistance en même temps que pratique médicale la plus valorisée. L'hypothèse demeure : la nouvelle administration joua un rôle dans l'exercice de cette médecine anatomo-clinique, alors même que ses objectifs et ses instruments étaient loin d'être strictement médicaux. Il fallait donc que ces intérêts hétérogènes (gestionnaires et médicaux) soient traduits dans un langage et une praxis communs – même *a minima*.

De fait, l'hôpital est, pendant la fin de l'Ancien Régime et le début du XIX^e siècle un objet aux perceptions labiles : objet médical pour les cliniciens, pis-aller pour nombre de philanthropes, refuge plus ou moins effrayant pour une frange importante des « classes populaires » comme nous le verrons, et objet de politique urbaine et sociale pour les pouvoirs publics qui voient avec la Révolution une croissance considérable de leurs moyens d'action, notamment en matière de gestion administrative. Autant de visions différentes d'un même lieu qui vont façonner son devenir. C'est en gardant ces éléments à l'esprit tout au long de ce travail que nous tenterons d'éclairer l'administration faite par le Conseil Général. Alors qu'Oliver Faure, dans la préface de l'ouvrage d'Isabelle Von Buelzingsloewen, indique qu'une de ses grandes qualités est de montrer « combien la naissance de la clinique est le fruit d'une convergence entre les revendications des étudiants soucieux de se constituer une clientèle grâce à une efficacité accrue, celles des médecins en place cherchant à justifier leurs

0.3 Problématique

ambitions sociales et politiques, la volonté des autorités publiques d'améliorer l'état de santé des populations et de juguler les problèmes de pauvreté et enfin les aspirations d'une clientèle potentielle croissante accordant de plus en plus d'importance à son bien-être physique »⁷⁷, la problématique de notre thèse sera de tenter de déterminer la place que joua l'administration hospitalière parisienne du début du XIXe siècle dans l'aménagement de cette convergence, elle-même contrainte par l'immixtion croissante du pouvoir central dans les questions de santé, et les transformations générales affectant le système économique et le tissu démographique de l'Europe de l'Ouest (industrialisation, urbanisation).

En sus de combler un vide historiographique, il s'agira de pointer et d'explicitier les conceptions, les procédures et les instruments par lesquels médecine clinique et administration produisirent, sous contrainte, une institution qui allait devenir l'hôpital.

De quelques éléments conceptuels

Schématiquement, deux pensées sont au point de départ de notre problématique, qui nous l'espérons, n'en sera pas restée prisonnière. La recherche entreprise par Michel Foucault dans *La naissance de la clinique* avait pour but affiché, « hors de toute intention prescriptive, de déterminer les conditions de possibilité de l'expérience médicale telle que l'époque moderne l'a connue »⁷⁸. Sa démarche et son analyse, tournées vers la rupture épistémologique que constitue le « nouveau regard médical » qu'il met au jour, ont été largement commentées. Il avait par ailleurs apporté des éléments de réponse tout à fait différents dans une conférence intitulée « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne » tenue plus de dix ans

77 Bultzingsloewen 1997, p.10.

78 Foucault 2003 [1963], p.XV

0.3 Problématique

après la parution de son ouvrage⁷⁹. Il y posait que « dans l'histoire des soins apportés au malade en Occident, il y eut en réalité deux catégories distinctes qui ne se superposaient pas, qui se rencontraient souvent, mais qui différaient fondamentalement : la médecine et l'hôpital », et que « Pour ce qui concerne la pratique médicale, aucun des éléments qui l'intégraient et lui servaient de justification scientifique ne la prédestinaient à être une médecine hospitalière »⁸⁰. Pour expliquer qu'elle le soit pourtant devenue, Foucault développe alors des idées qui sont celles de *Surveiller et punir*⁸¹, paru l'année suivante : c'est l'intégration de mécanismes disciplinaire dans l'hôpital qui allait permettre sa médicalisation. Les mesures prises d'abord pour lutter contre les désordres économiques à l'intérieur des hôpitaux militaires allaient être généralisées, et rencontrer la pensée médicale du XVIII^e siècle épistémologiquement imprégnée de l'ordre classificatoire botanique et thérapeutiquement tournée vers l'action sur le milieu. Il nous semble que l'analyse foucauldienne est largement pertinente en ce qu'elle pose bien l'hôpital comme une autre « condition de possibilité de l'expérience médicale telle que l'époque moderne l'a connue », et qu'elle considère des déterminants non médicaux à cette expérience. Mais elle paraît omettre, ou trop négliger, certains aspects proprement administratifs de l'hôpital. Certes, pris *lato sensu*, ceux-ci englobent les mesures disciplinaires, mais l'ordre administratif recouvre d'autres aspects, aux accents moins coercitifs. La contribution de G. Risse à *Institution of confinement* – tout en étant critique de l'analyse foucauldienne – tente elle aussi d'examiner l'hôpital sous l'angle d'une « condition de possibilité » :

« En créant des opportunités cliniques pour la profession médicale, quel rôle joua l'hôpital dans les dynamiques génératrices de connaissance ? Comment pouvons-nous réellement expliquer l'usage de l'hôpital dans l'éducation et la formation des médecins et chirurgiens sans dépendre du travail de Foucault, rendu déficient par

79 Foucault 2001 [1978]. La conférence avait été prononcée en octobre 1974.

80 Foucault 2001 [1978], pp.510–511,512.

81 Foucault 1993 [1975].

0.3 Problématique

son ethnocentrisme français, son manque de documentation historique et son langage abscons ?

[...] Une interprétation plus pénétrante des dynamiques du savoir médical du XVIII^e siècle et de sa transmission requiert un modèle « écologique » qui lie l'histoire des idées aux structures et besoins sociaux. [...] Qui créa le nouveau discours médical ? Dans quel contexte fut-il élaboré ? Quel genre de rôle social joua ce savoir dans des milieux institutionnels comme l'hôpital ? Pourquoi et comment l'hôpital après 1750 devient le nouveau lieu de la recherche, de la pratique et de l'éducation médicale ? »⁸²

Il entend montrer que des « collectifs de pensée médicaux et chirurgicaux indépendants s'attachèrent à l'hôpital, particulièrement durant la seconde moitié du dix-huitième siècle. Ce faisant, ils tentèrent d'accorder leur propre programme professionnel avec les idéologies guidant déjà ces institutions. »⁸³ Néanmoins, il nous a semblé qu'il manquait partiellement son objectif parce qu'il négligeait, comme Foucault, de porter une attention précise aux logiques administratives propres à l'institution hospitalière. Or, S. Sturdy et R. Cooter ont bien montré⁸⁴ que le développement de pratiques médicales massives – pour ne pas dire de paradigmes médicaux – comme la médecine de laboratoire, pouvait être compris comme « un moyen de promouvoir une efficacité administrative » dans une configuration de fourniture de soins sanitaires et/ou sociaux donnée⁸⁵.

Il nous a semblé que la médecine clinique hospitalière pouvait être justiciable du même type d'analyse, en faisant intervenir la pensée de Max Weber sur l'administration et la

82 Risse 1996, p.76 : « In creating clinical opportunities for the medical profession, what new role did the hospital play in the dynamics of knowledge creation? How can we really explain the use of hospitals in the education and training of physicians and surgeons without depending on Foucault's work, flawed as it is by French ethnocentrism, lack of historical documentation, and obscure language? [...] A more insightful interpretation of the dynamics of eighteenth-century medical knowledge and its transmission demands an "ecological" model which links the history of ideas to social needs and structures. [...] Who created the new medical discourse? In what context was it elaborated? What kind of social role did this knowledge play within institutional settings such as the hospital? Why and how did the hospital after 1750 become the new locus of medical research, practice and education? »

83 Risse 1996, p.77 : « independent medical and surgical thought collectives gradually attached themselves to hospitals, especially during the second half of the eighteenth century. In doing so, they attempted to mesh their own professional program with the ideologies already guiding such institutions. »

84 Sturdy & Cooter 1998. La citation se trouve p.423.

85 On reviendra sur la possibilité de reprendre leurs analyses pour nos objets pp.103 & sq.

0.3 Problématique

bureaucratie. Il sera question plus loin avec quelque précision de l'analyse wébérienne de la logique administrative et de la portée de ses concepts pour notre étude⁸⁶. Soulignons ici simplement qu'à la lumière du processus de rationalisation étudié par Weber, l'institution hospitalière prend toute sa dimension : logique administrative et logique scientifique y font plus que partager l'abstraite « rationalité en finalité » qui marque leurs activités respectives⁸⁷, elles vont utiliser des moyens communs pour développer lesdites activités. L'administration, réformée, centralisée, aspirant à l'efficacité et la « scientificité » voulue par l'Empire⁸⁸ exacerbe des traits déjà caractéristiques de la logique administrative : formalisation de procédures impersonnelles standards pour assurer une mise en œuvre efficace des moyens et une uniformité des résultats de son action, recours extensif à l'écrit, multiplication des remontées d'information pour évaluer la pertinence et le rendement des mesures prises et porter d'éventuelles corrections, etc. Autant de supports, de techniques, de structures sur lesquels la clinique va pouvoir s'appuyer, et auxquels elle fournira éventuellement ses outils⁸⁹.

86 cf. infra p.82 et section 3.1.2.1.

87 Sur rationalité en valeur/rationalité en finalité et les types d'activité afférents, voir Weber 1995 [1921], pp.55–57,290–301.

88 Françoise Dreyfus 2000, p.160.

89 Cette convergence que nous tentons de mettre au jour, cette proximité des activités et des instruments, ira croissant avec l'extension des techniques bureaucratiques et scientifiques. Ainsi, pour B. Latour, étudiant des objets deux siècles postérieurs : « Si nous étendons le sens de la métrologie [défini p.251 comme « cette gigantesque entreprise pour transformer l'extérieur en un monde dans lequel les faits et les machines peuvent survivre », i.e. le fait de donner une expérience ou un calcul physique pour vrai et applicable au monde extérieur parce qu'il répond à des contraintes elles-mêmes mathématiques ou expérimentales.] jusqu'à inclure non seulement l'entretien des constantes physiques basiques mais aussi la transformation en formulaires d'autant d'aspects que possible du monde extérieur, nous pourrions finir par étudier le plus méprisé de tous les aspects de la technoscience : les gratte-papiers, les ronds-de-cuir, les bureaucrates. [...] Mais ce mépris serait une erreur] Premièrement parce que ce qui apparaît comme des défauts dans le cas des gratte-papiers est vu comme de nobles qualités quand on considère ces autres gratte-papiers que sont les scientifiques et les ingénieurs. Avoir plus confiance en le *n* ième rapport qu'en le sens commun est une caractéristique des astronomes, économistes, banquiers, de toute personne qui traite de phénomènes fondamentaux qui, par définition, sont absents. [...] Deuxièmement parce que c'est à travers la bureaucratie et par les fichiers que les résultats de la science ont le plus de portée. » Et Latour ajoute une troisième raison, méthodologique : même si ce secteur apparaît comme un « nain » théorique comparé à la techno-science, il est un composé d'autres disciplines et doit être analysé avec les mêmes méthodes même s'il n'est pas considéré comme appartenant à la science ou à la technologie. Latour 1988, pp.254–255 : « If we extend the meaning of metrology to include not only the upkeep of the basic physical constants but also the transformation of as many features as possible the outside in paper forms, we might end up studying the most despised of all the aspects of technoscience: the paper-shufflers, the red-tape worms, the bureaucrats. [...] First, because what are seen as defects in the case of the paper-shufflers are considered noble qualities when considering these other paper-shufflers who are called scientists and engineers. Believing more the *n*th order paper form than common

0.3 Problématique

Objets exclus du champ de la présente recherche

Nous l'avons dit, le Conseil Général disposait de prérogatives très étendues : il n'était pas possible de les aborder toutes sans nuire à ce que nous voudrions être une argumentation cohérente. Par conséquent, nous avons fait le choix de traiter rapidement, voire de passer sous silence des aspects importants du travail du Conseil. La prise en charge de l'indigence (qu'elle soit fait de vieillesse, d'abandon, d'invalidité, etc.) n'était pas l'objet de notre travail. Aussi les hospices n'y figurent pas en bonne place, et ne sont considérés qu'en tant qu'ils sont un moyen d'illustrer les objets et priorités que l'institution s'est fixée, qu'en tant qu'ils furent un moyen d'une politique hospitalière. De même, les secours à domicile ne pouvaient entrer dans le cadre de cette étude : répondant à des logiques très différentes, ils ne sont mobilisés que pour montrer que les membres du Conseil ne firent pas le choix de l'assistance à domicile (alors même que cette option était à l'ordre du jour, en particulier pour des philanthropes comme eux). Enfin, pour les mêmes raisons, le bureau des nourrices et la question de la protection de l'enfance n'auront pas, dans les pages qui suivent, toute la place qu'ils méritent⁹⁰.

Pour d'autres motifs, il ne sera pas question, ou très peu, de la raison pour laquelle on se souvient éventuellement du Conseil Général des Hospices : la création de l'internat et de l'externat, en 1802. La formation des carabins, les fonctions pédagogiques, scientifiques, et socio-professionnelles⁹¹ de l'internat, tout comme l'importance de l'exercice hospitalier

sense is a feature of astronomers, economists, bankers, of everyone who treats in the centres phenomena which are, by definition, absent.

[...] Second, because it is through bureaucracy and inside the files that the results of science travel the furthest. »

90 En sus des monographies sur les divers hospices de Paris, la littérature sur l'indigence, très riche, est largement consacrée aux institutions d'assistance et de répression. Voir par ex. Geremek 1997. Sur les Bureaux de Bienfaisance, nous renvoyons aux travaux de Christian Felkay : Felkay 2005 ; Felkay 2011.

91 Sur la dimension pédagogique de la clinique et les études de médecine en général, on pourra se reporter en particulier à Poirier 2007 ; Wirirot 1970 ou à Brockliss 1989 ; Coury 1968 ; N. G. De Santo, Bisaccia, L. S.

0.3 Problématique

comme faire-valoir pour les hommes de l'art ont été très largement étudiés⁹², dans une perspective nationale comme comparative, et nous n'aurions eu, à regret, que bien peu d'éléments originaux à faire valoir face à la quantité et la qualité de ces travaux. Nous nous limiterons donc à n'aborder cette question qu'incidemment⁹³ et au prisme des « technologies de papier », en concevant cependant un peu différemment les rapports entre administrateurs et personnels médicaux : la littérature citée présente généralement ces relations comme ressortissant soit d'une bienveillance laxiste voire de la franche indifférence de la part des premiers – en dehors des éventuels désordres causés par les étudiants –, soit de tensions récurrentes pour la tutelle sur les établissements. Ceci renforce indubitablement l'idée que les interactions entre les deux corps étaient saturés de dédain ou opposition, et masque, à notre sens, d'autres types de rapports, construits sur des convergences fondamentales.

De même, on ne traitera pas des sœurs hospitalières, de leurs apports à la médicalisation ou de la laïcisation de l'hôpital : leur devenir pendant la Révolution a déjà été étudié en détail, et suivre l'évolution des congrégations du décret de 1804 aux débats menés par Bourneville à la fin des années 1870 pour obtenir la première formation d'infirmières laïques nous aurait largement fait outrepasser notre cadre problématique et chronologique⁹⁴.

De Santo, et al. 2003 ; Emch-Deriaz 1987 ; Gelfand 1977 ; Huard 1974 ; Huard & Imbault-Huart 1975a ; Huard & Imbault-Huart 1975b ; Imbault-Huart 1975 ; Laget 2011 ; Palluault 2004a ; Vial 1999. Pour une approche plus comparative voir Bonner 2000 ; Bueltzingsloewen 1997 ; Palluault 2004b. Sur l'internat plus spécifiquement, on consultera Groopman 1986 ou Durand-Fardel 1903 ; Goris 1920 ; Nardin & Salaün Ramalho 2002 ; Vergez-Chaignon 2002.

92 Sur le statut social du médecin et l'importance de l'exercice hospitalier pour se distinguer en ces temps de charlatanisme et de « pléthore médicale », voir Bergeron, Léonard & Darquenne 1977 ; Faure 1977 ; Granshaw 1989 ; Guillaume 1996 ; Maillé-Virole 1982 ; Murphy 1979 ; Rabier 2010b. Dans le contexte un peu plus large de la valorisation sociale des activités scientifiques, voir N. Dhombres & J. Dhombres 1989, pp.195–199. Sur les relations entre corps médical et État et les rapports entre médecine de ville et médecine sociale sur la longue période, voir Steffen 1987, sur la structuration du corps médical comme profession et ses relations avec l'État et les organismes de protection sociale, voir Hassenteufel 2008.

93 cf. infra section 3.

94 Sur les congrégations hospitalières sous l'Ancien Régime, la référence est Dinet-Lecomte 2005. Voir aussi Jones 1989, pt.II ; Gutton 1987 ; Greenbaum 1979. Sur les sœurs hospitalières au XIX^e siècle et la naissance de la profession d'infirmier/infirmière, voir Léonard 1977b ; Walter 1993 ; Weiner 1972 ; Weiner 1975 ; Lalouette, Belmas, M.-J. Michel, et al. 2006 et en particulier Wagnies 2006, éventuellement Martineaud & Cordier 2002.

0.3 Problématique

Répondre à la problématique ainsi définie implique un choix chronologique et une approche documentaire spécifique.

0.4 Période considérée, approche documentaire

Limites chronologiques

TERMINER NOTRE INVESTIGATION AVEC l'année 1832 comme borne chronologique suppose de ne pas embrasser la totalité de la période d'exercice de l'institution. Cependant, cette périodisation répond à l'exigence principale de ce travail : mettre à jour les raisons de l'apparition de cette institution, en montrer l'importance et les spécificités, expliciter en quoi elle constitue un jalon dans l'émergence de politiques publiques de santé d'une part, et faire voir que les objectifs et les moyens mis en œuvre pour les atteindre, s'ils sont ceux d'une administration, n'en sont pas moins convergents avec la médecine hospitalière du début du XIX^e siècle. Ceci apparaît nettement dès les premières années. Les principes directeurs sont établis clairement, et le Conseil, extrêmement stable pendant toute son existence, en dérogera peu. Ces trente premières années sont celles où le Conseil pose le plus clairement ses aspirations : après 1830 et la révision du règlement du service de santé, il aura une position plus réservée⁹⁵, probablement due à une révision de ses ambitions et à une attitude différente face à une deuxième génération de cliniciens, en général passés par

95 Groopman 1986, pp.80–81.

0.4 Période considérée, approche documentaire

l'internat⁹⁶. Pourtant, ces trois décennies offrent suffisamment de champ pour évaluer les succès et échecs des politiques mises en places, et présentent l'avantage de porter une limite acceptable au dépouillement de la production exponentielle d'arrêtés par le Conseil. Si 1832 et la première épidémie de choléra française marque la clôture de cette étude, c'est que la date permet de rapprocher un événement politique et de santé publique, illustrant bien la pérennité, à travers les régimes, des missions dévolues au Conseil et à ses hôpitaux : agent d'une politique de santé et de la promotion d'un savoir médical.

Sources

Les sources utilisées pour réaliser cet objectif sont multiples. Outre la très vaste littérature secondaire, les principaux fonds d'archives mobilisés furent ceux de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris⁹⁷ (ci-après AAP) et des Archives Nationales (ci-après AN). En particulier les séries suivantes :

- AAP 136 FOSS, qui contient les plumitifs des séances du Conseil Général d'Administration des Hospices Civils de Paris, soit 122 liasses, cotées 136 FOSS¹ à 136 FOSS¹²² pour la période ici retenue, couvrant les années 1801-1832.
- AAP 1M, 2M et 3M, série de comptes imprimés, couvrant la période 1803-1832, l'année 1815 étant lacunaire dans toutes les séries.
- Divers pièces du fond Fosseyeux , côté AAP FOSS (cf. ci-dessous).

⁹⁶ Boulle 1980, p.35

⁹⁷ À noter que les importants fonds des AAP, aussi bien manuscrits qu'imprimés, dont l'inventaire a été très récemment numérisé, ne font pas à ce jour partie du SUDOC ni même du Catalogue Collectif de France, à l'exception surprenante et inexplicquée des périodiques.

0.4 Période considérée, approche documentaire

- La série F¹⁵ des archives nationales (série Hospices et secours, issue des archives du ministère de l'Intérieur), et spécialement les boîtes F¹⁵ 1863 à 1932, relatives aux hospices et établissements de bienfaisance de Paris et de la Seine, période 1760-1842.
- La série AD/XIV 6 à 12 des archives nationales, contenant des imprimés relatifs aux hôpitaux et secours publics, période 1789-1852.

La principale source de ce travail est constituée par les archives de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, en particulier les délibérations⁹⁸ du Conseil Général des Hospices, servies par un utile mais trop succinct Index Analytique des Délibérations. Du fait du « caractère discontinu et hétérogène des fonds » et du « système d'information des Archives de l'AP-HP [qui] repose sur une imbrication peu claire de différents niveaux, au plan du classement et de la cotation »⁹⁹, les archives de l'Assistance Publique offrent un fond remarquable, mais qui présente plusieurs énormes défauts¹⁰⁰, dont les séries qui forment le socle du présent travail ne sont pas exemptes. Premièrement le célèbre « incendie de 1871 », parfois invoqué un peu rapidement, a rendu le fond très parcellaire : beaucoup de pièces manquent, en particulier en ce qui concerne les admissions de malades, mais aussi la correspondance, ou les archives de la commission administrative. L'immense majorité des rapports non-imprimés ont ainsi disparu. De même, il ne reste, dans la plupart des cas, que les plunitifs des arrêtés et décisions du Conseil Général des Hospices, ce qui en rend le dépouillement extrêmement laborieux : les manuscrits sont souvent difficilement lisibles, surchargés de ratures et annotations, et elliptiques. De la même manière, l'ensemble du fonds Fosseyeux, qui renferme des pièces très

98 Cotées AAP 136 FOSS. Le fonds étant lacunaire, l'ordre censément chronologique étant parfois défaillant, les pièces souvent difficiles à déchiffrer, on a préféré donner trop de détails que pas assez, au prix d'un certain alourdissement des références. Tout au long de ce travail, on a indiqué, quand cela est possible, le n° de l'arrêté du Conseil Général des Hospices, suivi de la date, du fonds d'archives (AAP donc), de la cote (136 FOSS), ainsi que les folios.

99 Riché & Riquier 2000, p.2,4.

100 Pour l'histoire des Archives de l'Assistance-Publique et la constitution de ses fonds, voir Riché & Riquier 2000, pp.2–6.

0.4 Période considérée, approche documentaire

importantes, fut coté au fur et à mesure du récolement : il n'a donc pas de structure générale, et son utilisation suppose la consultation intégrale de l'inventaire du fonds. Dernier défaut à prendre en compte lors de la consultation des archives de l'Assistance Publique : par son histoire, la quasi-intégralité du fonds est structurée par établissements. Les admissions, la gestion du personnel, etc. sont donc informées hôpital par hôpital, et les instruments permettant une vue de l'ensemble des objets administrés par le CGH sont rares. Cependant, un nombre non négligeable de rapports imprimés sont disponibles. Surtout, la série des Comptes Généraux des Hôpitaux et Hospices¹⁰¹ fournit un précieux outil global d'appréhension de la gestion hospitalière (sous un prisme certes comptable) pour l'ensemble de la période – à l'exception de l'année 1815 – et une série de comptes moraux¹⁰².

La tutelle gouvernementale (du ministère de l'intérieur et brièvement de celui du commerce) sur le CGH étant très présente, comme nous l'avons écrit, les archives nationales s'avèrent elles aussi une importante source, en particulier la série F¹⁵. Cependant, pour reprendre les mots de Catherine Duprat, « Une coïncidence malheureuse veut [...] que l'impressionnante série F¹⁵ (Hospices et secours) des Archives nationales – plus de 4 000 cartons – soit l'une des rares à n'être pas classée. Le regroupement de ses articles ne respectant ni l'ordre chronologique ni cadre thématique, nul inventaire détaillé n'en fut jamais établi »¹⁰³. On y trouve donc régulièrement, pour une même cote et sans ordre repérable, de la correspondance, des demandes d'admission, des recommandations à des postes variés, des rapports ou des nominations s'étalant sur plus de dix ou quinze ans.

101 Cotée AAP 1 2 et 3M.

102 La série n'est pas complète, ne commence qu'en 1815, et est relativement difficile d'accès : elle n'est pas intégrée aux séries 1, 2 ou 3M (comptes, lesquels intègrent parfois des comptes moraux en début de volume, mais uniquement pour les années postérieures à nos bornes chronologiques). Pour y accéder, il convient de commander aux AAP la cote « Bibliothèque finances 15U », aussi c'est ainsi que nous l'avons référencée dans les pages qui suivent.

103 Duprat 1997, p.VIII.

0.4 Période considérée, approche documentaire

La série AD (archives imprimées) contient quelques pièces intéressantes, mais la plupart concerne la philanthropie stricto-sensu.

Les archives de l'Académie de Médecine, de la Ville de Paris (ci-après AdP) et de la Préfecture furent elles aussi mises à contribution pour ce travail (en particulier la série AdP 1 à 6AZ, D2K² et D3K² et la cote D.M5⁸), mais leurs fonds concernant le CGH sont nettement moins riches.

Enfin, les fonds de la Bibliothèque Inter-Universitaire de Santé, notamment pour les périodiques imprimés et les ouvrages médicaux d'époque, furent une source précieuse, alors que certaines sources consultées n'étaient accessibles qu'à la Bibliothèque Nationale de France. La Bibliothèque Administrative de la Ville de Paris, fermée pendant une grande partie du temps que durèrent ces recherches, et la Bibliothèque Historique de la Ville de Paris ne furent, en revanche, que de peu d'aide.

De fait, notre principale source, de par ses lacunes, est largement composée de règlements, décisions, décrets, etc., et nous n'ignorons certainement pas la critique faite à Foucault par J.

Léonard :

« M. Foucault exagère la rationalisation et la normalisation de la société française dans la première moitié du XIX^e siècle. Il minimise, en plusieurs domaines, la résistance des habitudes du passé et il sous-estime l'importance du désordre, du laisser-aller, de la jungle, de la pagaille en somme. [...] Il ne faut pas croire à la lettre les règlements des hôpitaux, toujours bafoués et toujours réimprimés. D'épais dossiers et des articles de périodiques médicaux déplorent leur inobservation, ainsi que le désordre dans la répartition des personnes hospitalisées, et dans la comptabilité des maladies, des guérisons et des décès. Il existe des tensions entre médecins et chirurgiens des hôpitaux d'une part, autorités administratives et religieuses d'autre part. Le médecin, salarié, est longtemps tenu à l'écart de la

0.4 Période considérée, approche documentaire

« commission des hospices » où il n'a que voix consultative et qui impose des économies drastiques ; la discipline, dans les salles, relève de la sœur supérieure ; le pouvoir clérical bat souvent en brèche le pouvoir médical, avant de se soumettre. »¹⁰⁴

Nous espérons réussir à obvier à cette puissante critique, et ceci doublement. D'abord, en prêtant d'autant plus attention aux éléments subsistants nous permettant de juger, même imparfaitement, des pratiques réelles. Ceux-ci peuvent être issus de pièces d'archives rescapées¹⁰⁵, d'une analyse des informations relevées au titre de ces mêmes règlements¹⁰⁶, ou bien tout simplement de leur itération, comme nous le mentionnerons fréquemment. Ensuite, plus fondamentalement, s'il va sans dire que les normes ne s'imposent pas dans la journée suivant leur édicition, il n'en suit pas nécessairement qu'elles sont sans relation avec le réel ou sans intérêt dans un travail d'histoire des sciences. La science, en particulier la science médicale, c'est aussi appréhender le réel selon des modalités idéal-typiques. Enfin, des normes édictées, difficilement ou peu appliquées initialement, peuvent finir par devenir communément usitées, comme le montre J. Léonard lui-même dans le même volume, une cinquantaine de pages plus loin, à propos du système métrique : prescrit par Napoléon Ier consul le 1er vendémiaire an X, une loi de... 1837 devra répéter l'obligation de son utilisation. Point que, selon D. Weiner, Léonard sous-estime pour la période révolutionnaire et celle que nous étudions¹⁰⁷.

104 Léonard 1992, pp.200–201.

105 cf. par exemple infra section 3.1.2.2.

106 cf. entre autres infra section 2.3.1.

107 « L'argument de Léonard ignore également les réalisations considérables des révolutionnaires. [...] De la même manière que le code civil, le Concordat, ou le système métrique constituèrent des ruptures avec l'Ancien Régime en incorporant des valeurs et réalisations passées tout en établissant un cadre pour le futur, le Conseil des Hospices et le Conseil de Salubrité de Seine promurent l'émergence du citoyen-patient. » Weiner 1993, p.10. : « Léonard argument also ignores the Revolutionaries' considerable achievements, [...] Just as the Civil Code, the Concordat, or the metric system meant a break with the old regime while incorporating past values and achievements and setting the stage for the future, so the Hospital and Health Councils of the Seine promoted the citizen-patients' emergence. »

0.4 Période considérée, approche documentaire

Méthodes

Les sources mentionnées sont, nous l'avons dit, parcellaires et diverses. Le dépouillement s'est fait de façon méthodique et exhaustive pour les Archives Nationales, ainsi que pour les 15 premières années des décisions du Conseil Général des Hospices. Par la suite et pour cette dernière source, on a procédé par sondage et en utilisant extensivement l'Index Analytique des Délibérations sus-mentionné, en dépit de ses défauts évidents, et ce pour faire face au mieux au « stakhanovisme » réglementaire du CGH : rien moins que 62 000 arrêtés pour la période (et plus de 117 000 pour l'ensemble de sa période d'exercice, le dernier arrêté de la séance finale du 23 février 1848 portant numéro 117 052¹⁰⁸) couvrant, selon nos calculs, environ 84 000 folios¹⁰⁹. Le dépouillement de cette masse d'arrêtés nous a conduit à en retenir entre 10 et 15% pertinents pour nos travaux¹¹⁰. Les informations ainsi recueillies furent croisées d'une part, avec la législation (notamment via l'ouvrage référence du baron de Watteville et la célèbre collection Duvergier¹¹¹) et éventuellement ce que nous savons des débats parlementaires et avec les archives ministérielles contenues aux archives nationales, série F¹⁵, pour tenter de déterminer les relations avec le contexte politique et social général des décisions prises par le CGH ; d'autre part avec les rapports et diverses sources imprimées (articles de périodiques, traités médicaux, série des comptes) pour déterminer aussi finement que possible l'impact concret (pratique quotidienne, mortalité, réorganisation de l'espace, etc) de ces décisions aussi bien que leurs conséquences plus difficiles à appréhender en termes de structuration des modes d'action ou des champs de possibilités.

108 Certaines séances, le CGH signe plus de 100 arrêtés. Le 4 avril 1821 par exemple. Cf. AAP 136 FOSS⁷⁰.

109 A raison de 710 p. en moyenne par cote, sur 118 cotes 136 FOSS pour la période, soit environ 147000 folios de 1801 à 1848 !

110 Soit environ de 7000 décisions.

111 Watteville 1847 ; Duvergier 1836.

0.5 Perspective adoptée, annonce de plan

DE LA DÉMONSTRATION DE RISSE¹¹², pour peu convaincante qu'elle soit à « lier » les diverses dimensions hospitalières au-delà des traditionnelles dimensions socioprofessionnelles, nous retenons comme essentielle l'idée d'un modèle d'interprétation « écologique » de la place de l'hôpital dans le schème du savoir médical. Aussi nous tenterons de replacer le CGH et ses hôpitaux « dans une histoire englobante des liens entre médecine, santé et société, [en faisant] de l'hôpital le fruit d'un univers socio-technique composé d'éléments technologiques et organisationnels, d'acteurs collectifs et individuels, en interaction avec une culture environnante, où entre en jeu la formation scientifique, les transformations économiques de l'industrialisation ou les inégalités sociales »¹¹³. Il s'agira d'examiner les déterminants de politique sanitaire et d'assistance intervenant dans la création et la tutelle sur l'institution à l'aide des arguments mobilisés par les préfets et ministres ; le rôle dévolu aux hôpitaux au travers des principes philanthropiques et économiques avancés par les Conseillers d'une part et de la conception que les cliniciens se font du lien entre savoir médical et hôpital d'autre part ; ou encore les relations entre personnels médicaux et administratifs à la lumière de leurs pratiques et de leurs moyens matériels. Cet effort nous le déploierons en trois temps, qui veulent correspondre à deux changements d'échelles permettant, *in fine*, de saisir les différentes dimensions qui firent de l'hôpital une « condition de possibilité » de la médecine.

112 cf. supra p.26.

113 Rasmussen 2011, p.62.

0.5 Perspective adoptée, annonce de plan

La première partie étudie les acteurs et les raisons qui virent émerger, du bouleversement révolutionnaire, une institution nouvelle. On tentera d'en déterminer la nature, son degré d'autonomie vis-à-vis de ses puissants tuteurs, et les priorités qui furent les siennes. Le CGH était-il une institution médicale ? Quel mandat, quelle fonction avait-il dans le champ des politiques publiques de santé en voie de constitution ? On verra l'hôpital et son administration devoir concilier des perspectives multiples : ordre public, politique sanitaire, développement de la science clinique, etc.

Dans la seconde, on envisagera à un niveau plus précis la manière dont les établissements hospitaliers, pensés par l'administration comme entités distinctes appartenant à un même réseau, furent progressivement modelés, pour des raisons essentiellement non médicales, de façon à remplir des fonctions¹¹⁴ de plus en plus médicales. Il sera question, à une échelle inter-établissements, d'une convergence objective entre gestion et médecine et de ses effets sur la clinique en plein essor : comment les hôpitaux devinrent-ils le lieu où les cliniciens et anatomo-pathologistes trouvèrent enfin l'objet de leur pratique ? Nous verrons que cette histoire, qui pourrait être celle d'une médicalisation, en est au contraire assez différente.

Enfin, dans la dernière partie, on tentera de rendre manifestes les convergences les plus fondamentales entre médecine clinique et administration hospitalière. En examinant la praxis et la doxa cliniques tout autant qu'administratives, la manière dont cliniciens et gestionnaires entendaient parvenir à la « bonne pratique » et les instruments qu'ils jugeaient adéquats à cette fin, on les verra partager toute une palette de « technologies de papier »¹¹⁵. Nous espérons

114 On sera amené par la suite à user fréquemment du mot « fonction ». On indique ici qu'on l'entend dans la même acception que Gorz 2004, p.59 « J'appelle *fonctionnelle* une conduite qui est rationnellement adaptée à un but, indépendamment de toute intention de l'agent à poursuivre ce but dont, en pratique, il n'a même pas connaissance. La *fonctionnalité* est une rationalité qui vient *de l'extérieur* à une conduite prédéterminée et prescrite à l'acteur par l'organisation qui l'englobe. »

115 Ce terme, nous l'avons initialement emprunté à Delphine Gardey (Gardey 2008). Très récemment, alors que notre travail était achevé, Christian Bonah et Chistelle Rabier ont porté à notre connaissance les travaux de V. Hess & A. Mendelsohn (Hess & Mendelsohn 2010 ; Hess & Ledebur 2011) qui sont d'une plaisante et

0.5 Perspective adoptée, annonce de plan

montrer comment les feuilles, cahiers, formulaires, etc. consommés en grandes quantités, tantôt *pensums*, tantôt outils fondamentaux, fournirent aux uns et aux autres les objets de leurs pratiques : ici des cas et séries cliniques, là des données comptables.

Nous espérons donc proposer ici une analyse multidimensionnelle des hôpitaux parisiens, croisant, à chaque niveau, des logiques hétérogènes : politiques, économiques, administratives, cliniques. L'objectif visé est d'aborder un objet nouveau, le Conseil Général des Hospices Civils de Paris, dans une perspective nouvelle et décentrée de l'analyse traditionnelle en termes de conflits entre groupes socioprofessionnels. En d'autres termes, à travers ce travail et son jeu d'échelles, il s'agira de mettre au jour « des convergences qui finissent par faire un système »¹¹⁶ : l'hôpital.

extrême proximité aux nôtres, et usent également du vocable « paper technology ». Nous renvoyons donc à ces trois auteurs pour la signification de l'expression.
116 Gardey 2008, p.74.

1 Quelle institution à la tête des hôpitaux ?

UNIQUE, LE CONSEIL GÉNÉRAL des Hospices civils de Paris est la première institution à gérer de façon pérenne l'ensemble des dispositifs d'assistance de la capitale. Nous avons succinctement rappelé que l'intérêt de l'État pour les institutions hospitalières ne date pas de la Révolution, et qu'il trouve ses racines dans une multitude de facteurs, économiques, politiques, géopolitiques, sanitaires et démographiques. Il nous faut présenter en détail quelle fut cette institution sous la tutelle de laquelle les hôpitaux de Paris offrirent à la clinique une de ses pages les plus commentées, en tentant de définir dans quelle mesure elle fut une institution médicale.

1.1 Pourquoi créer une nouvelle institution ?

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

1.1.1.1 De quelques principes révolutionnaires

VIRTUELLEMENT INÉPUISABLES, nous ne reviendrons pas ici sur les détails des difficultés, revirements, et arrangements que les hôpitaux de la capitale durent affronter pendant la décennie révolutionnaire, la littérature sur le sujet étant pléthorique¹¹⁷. Les historiens s'accordent en général à dire que la rupture se fait avec thermidor : aux tentatives d'organisation d'un système national d'assistance – ou d'aucuns voient les prodromes d'un « droit à la santé »¹¹⁸ – succède le rétablissement de pratiques et d'idées d'Ancien Régime¹¹⁹,

117 On se reportera d'abord au grand classique d'Alexandre Tuetey, Tuetey 1895 pour une exposition détaillée des mesures prises à Paris. Pour une synthèse et des éléments bibliographiques, à l'échelle parisienne et nationale, voir par ex. Gutton & Imbert 1989 ; Imbert 1954 ; Jones 1989 ; Rochaix 1996 [1959], pp.61–152 ; Rosen 1956 ; Sournia 1989 ; Weiner 1993.

118 Weiner 1970.

119 cf. par exemple Forrest 1986, chap.3–4 ; Imbert 1990. Rochaix 1996 [1959] intitulant en toute simplicité sa troisième partie consacrée aux années 1794-1848 « Période réactionnaire ».

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

que symbolisent une série de lois et décrets, de la restitution des biens nationalisés (par la loi du 26 vendémiaire an V – 7 octobre 1796) à légalisation des congrégations (par le décret du 3 messidor an XII – 22 juin 1804)¹²⁰.

Il ne nous appartient naturellement pas ici de discuter l'ampleur du changement politique¹²¹, pas plus que l'originalité ou la portée des projets des assemblées révolutionnaires en matière d'assistance¹²². On se bornera à présenter succinctement les conditions desquelles émergea le Conseil Général des Hospices de Paris.

À la fin de l'Ancien Régime, Paris compte pas moins de quarante-huit hôpitaux¹²³, dispersés dans toute la capitale. La plupart d'entre eux proviennent de fondations, et sont donc des biens de « mainmorte » ayant personnalité morale. La volonté des fondateurs étant formellement inaltérable, leur destination est immuable, à moins de difficultés financières telles qu'elles remettent en question leur viabilité¹²⁴. De cette multitude d'établissements aux destinations diverses, trois institutions se détachent : le Bureau de l'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Général et le Grand Bureau des Pauvres, qui exercent leur tutelle sur moins de la moitié des

120 En passant par la suspension de la vente des biens hospitaliers le 2 brumaire an IV (24 octobre 1795), le rétablissement du droit des pauvres sur les spectacles le 7 frimaire an V (27 novembre 1796) et de nombre d'autres droits féodaux supprimés après 1791 (en particulier l'octroi le 5 ventôse an VIII – 24 février 1800 et le droit de fondation le 28 fructidor an X – 15 septembre 1802), ou l'arrêté de Chaptal du 1er nivôse an IX (22 décembre 1800) autorisant la supérieure des Filles de la Charité à former de nouvelles novices pour le service des hospices,...

121 Pour deux visions antagonistes on pourra se référer à Soboul 1984 ; Furet 1997, ou Furet 1971 ; Woloch 1990.

122 Dont la genèse et les travaux furent déjà admirablement traités par Bloch 1974 [1908], pp.365–450 ; Bloch & Tuetey 1911 ; Imbert 1990. Voir également Duprat 1993, chap.4 en particulier. Si position il fallait prendre, nous indiquons simplement que les analyses de Castel 1999, pp.312 & sq sur l'originalité de la philanthropie du Comité de mendicité nous semblent plus justes que celles de Duprat 1993, pp.317 & sq. défendant la position inverse.

123 Tenon 1788, p.14, dont 22 hôpitaux de malades, six hospices de malades et de valides et vingt hospices de valides.

124 Sur le régime juridique des établissements hospitaliers et les entorses étatiques à l'inaltérabilité des fondations pour les réintégrer dans le flux économique et social, en particulier les « maladreries » ou léproseries dès le XVI^e siècle, voir Imbert 1993, pp.92–116.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

institutions de la ville.

Le Bureau de l'Hôtel-Dieu, établi en 1505 pour retirer au chapitre de Notre-Dame l'administration de l'établissement et la confier aux notables de la ville (huit « bourgeois » nommés par les échevins et le prévôt des marchands)¹²⁵ régit sept institutions : l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis, les Incurables, les Convalescents, Sainte-Anne, le prieuré et l'hôpital de Saint-Julien aux Pauvres.

L'Hôpital Général, fondé en 1656¹²⁶ et dirigé par l'archevêque, le procureur général du parlement de Paris, le lieutenant de police et le prévôt des marchands, regroupe quant à lui la Salpêtrière, Bicêtre, la Pitié, la Maison Scipion, la Savonnerie de Chaillot. Lui seront ultérieurement adjoints des maisons en activité : Saint-Esprit, Sainte-Pélagie, les Enfants-Rouges, le Mont-de-Piété, et trois maisons pour enfants abandonnés (enfants-trouvés du faubourg Saint-Antoine, de la rue Notre-Dame et de l'hospice Vaugirard).

Enfin, le Grand Bureau des Pauvres, créé en 1544 pour retirer au Parlement de Paris ses prérogatives en matière de lutte contre la pauvreté et la mendicité et les confier au prévôt des marchands et aux échevins de la ville (bien que la direction nominale en revienne toujours au procureur général du Parlement), concentre les secours à domicile en nature ou en argent, un embryon de service médical à domicile, des ateliers et deux établissements : la Trinité pour les enfants et les Petites-Maisons pour les aliénés, vénériens et teigneux¹²⁷.

125 Brockliss & Jones 1997, p.247. On y voit souvent un prodrome de l'édit de 1543, premier édit portant réforme hospitalière annonçant l'immixtion du temporel dans la gestion hospitalière(cf. supra p.21 note 66), bien qu'une décision semblable ait été prise trente ans plus tôt pour l'Hôtel-Dieu de Lyon (en 1678 précisément : Gutton 1999, p.8).

126 Celui de Paris est le premier du royaume, l'édit du 14 juin 1662 prescrira par la suite la création d'un hôpital général dans chaque ville ou gros bourg du royaume.

127 Pour une présentation un peu moins succincte que celle-ci, des indications bibliographiques ainsi qu'une présentation des fonds d'archives disponibles pour chacune de ces institutions, voir l'indispensable *Des hôpitaux à Paris : état des fonds des archives de l'AP-HP, XIIe-XXe siècle*, Riché & Riquier 2000.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

Même en considérant l'esquisse d'organisation que pouvaient constituer ces trois grandes institutions, le panel des moyens d'assistance à la disposition de la population parisienne était donc particulièrement disparate, alors même que les troubles frumentaires et révolutionnaires de la fin des années 1780¹²⁸ allaient engendrer une importante augmentation de la population assistée puisque l'on « estime généralement que le nombre des hospitalisés, pour la seule ville de Paris, passe de 15000 avant la Révolution à 30000 en 1789 et 40000 en 1791 »¹²⁹.

Dans l'examen de l'héritage qui est celui du CGH, on retrouve naturellement ce qu'il a en partage avec le Consulat en général (une forme de synthèse entre Ancien Régime et Révolution, le « ni bonnet rouge, ni talon rouge, je suis national » que l'on prête à Napoléon Bonaparte), mais peut-être sous une forme encore plus marquée. La rhétorique à l'occasion développée par les membres du CGH rappelant leurs antécédents dans les trois institutions susmentionnées ne doit pas masquer ce que l'institution doit à certains projets des comités de mendicité et de santé.

Sous bien des rapports, en matière de santé, l'institution fille de la période révolutionnaire ce n'est pas le CGH, mais le bien plus célèbre Conseil de Salubrité de la Seine¹³⁰. Il reste que la question de la centralisation des ressources d'assistance, de leur distribution juste et efficace, de la subséquente typologisation des besoins et des pauvres, etc. trouve une bonne partie de ses développements dans les années 1789-1791. Comme l'écrit Dora Weiner, « Sous le Consulat, Thouret, Cabanis, Parmentier, Hallé, Cadet de Gassicourt, et d'autres, critiques

128 Soboul 1984, pp.89 & sq.

129 Imbert 1982, p.274.

130 Voir La Berge 1975 ; La Berge 1992, Weiner 1974.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

déjà virulents à la veille de la Révolution, furent membre de l'École de Santé de Paris ainsi que des Conseils des Hôpitaux et de Salubrité, saisissant l'opportunité de transformer leurs projets antérieurs en réalités. »¹³¹

C'est ainsi qu'elle fait remonter à 1791

« l'écriture de consignes pour réaliser deux objectifs initiaux : l'admission sélective et l'efficacité séculière. C'était une priorité pour le Comité de Mendicité que de trouver une procédure de tri de l'énorme masse de pauvres malades de la capitale pour réserver les hôpitaux aux patients médicaux uniquement. [...] Initialement le gouvernement dut établir des critères pour identifier les besoins médicaux, pour décider du domicile de secours, et pour fixer les buts des secours à domicile. De même, les tâches du médecin de campagne, pharmacien, et sage-femme devaient être définies, tout comme la procédure la plus sûre pour la fourniture de médicaments. »¹³²

Autant de points sur lesquels le CGH prit effectivement position à l'échelle parisienne, et dont nous aborderons deux aspects dans les sections suivantes¹³³.

Enfin, la présence aux débuts du CGH de Thouret, directeur de l'école de santé de Paris rattache sans contredit l'institution au comité de mendicité et à quelques-unes des novations de la période révolutionnaire (on pense en particulier à la loi de 1794 sur les écoles de médecine¹³⁴). On précisera ici que les analyses de Sournia sur la « concurrence Liancourt-

131 Weiner 1993, p.80 : « Under the Consulate, Thouret, Cabanis, Parmentier, Hallé, Cadet de Gassicourt, and others, already vocal critics on the eve of the Revolution, staffed the Paris Health School as well as the Hospital and Public Health (sic) Councils, seizing the chance to transform earlier plans into reality ». Notons que des trois premiers noms qu'elle mentionne, Thouret fut membre de la Commission Administrative et du CGH, Cabanis de la Commission Administrative et Parmentier du CGH.

132 Weiner 1993, p.81 : « The year 1791 was the time to write the guidelines for achieving two initial goals: selective admission and secular efficiency. As a priority, the poverty committee sought a procedure to sift the enormous mass of ailing indigents in the capital as to preserve the hospital for medical patients only. We shall see in chapter 5 how a careful admitting office and streamlined administration eased the doctor's task. But initially, the government had to establish criteria to identify medical need, to decide on the legally valid domicile where a citizen could claim health support (*domicile de secours*), and to set the goals of home care (*secours à domicile*). Also, the tasks of the country doctor, pharmacist, and midwife needed definition, as did the safest procedure for dispensing drugs. »

133 Et sans revenir, comme annoncé, sur la question de la distribution des pouvoirs entre sœurs et personnels médicaux, fixée là encore par le CGH dans les règlements du service de santé successifs, ou l'organisation de la pharmacie centrale et des pharmacies d'établissement, elle aussi codifiée.

134 Prescrivait, faut-il le rappeler, une pratique clinique hospitalière dans le cursus médical, que le CGH s'appliqua à mettre en place, inaugurant, comme on l'a déjà dit, l'internat lors de son premier règlement du

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

Guillotin »¹³⁵ nous semblent relativement incompréhensibles : il ne faut pas avoir lu le *Mémoire sur les secours à donner aux pauvres malades dans les grandes villes* de Thouret¹³⁶, et surtout le *Rapport sur la nouvelle distribution des secours proposés dans le département de Paris, par le comité de Mendicité*¹³⁷ pour soutenir que

« de là [cette concurrence] débouchent deux fonctions opposées de l'hôpital dans la société. Cette problématique déjà esquissée prend ici un nouvel aspect dont les conséquences seront bientôt administratives. Pour Liancourt, l'hôpital refuge, abri pour les pauvres, les loge, les nourrit, les habille, éventuellement les soigne. Une société heureuse et riche n'aura pas besoin d'hôpitaux, puisque les malades appelleront chez eux en cas de besoin des médecins qu'ils paieront. L'hôpital n'est qu'un pis-aller d'ordre social.

Pour les médecins comme Guillotin, moins utopiste et plus convaincu des possibilités de son art, il est inévitable que des malades n'aient d'autre moyen de se faire soigner que l'hôpital : l'hôpital est pour eux une *nécessité thérapeutique*. Par ailleurs l'observation des maladies ne peut se faire qu'à l'hôpital, qui devient une *nécessité scientifique*. Comment un Comité qui se consacrait à la « suppression de la mendicité » et à l'organisation de la bienfaisance, si possible en supprimant les institutions qui lui étaient consacrées, comment pouvait-il approuver cette vision de l'hôpital ? Voilà pourquoi, toutes considérations de personnes mises à part, le Comité de Santé était apparu nécessaire aux médecins de l'Assemblée. Ils visaient aussi l'organisation d'une médecine extra-hospitalière. »¹³⁸

Il ne nous revient pas de discuter en détail ces affirmations, qui, nonobstant la volonté affichée d'éviter les arguments *ad hominem*, en ne prenant en compte que les représentants des deux comités, oublie notamment le rôle de Thouret : membre du comité de mendicité, il appartenait également à la Société Royale de Médecine, qui représentait les nouvelles conceptions médicales face à une faculté conservatrice, à laquelle Guillotin appartenait. Les positions de John Frangos et Dora Weiner nous semblent plus pertinentes : la Rochefoucauld et son comité, bien que critiques à l'égard des hôpitaux (ce en quoi ils n'étaient en rien

service de santé en 1802.

135 Sournia 1989, pp.95–116, le Duc de la Rochefoucauld-Liancourt étant à la tête du Comité de Mendicité, Guillotin de Santé (ou Salubrité).

136 Présenté au comité de mendicité lors de sa séance du 13 août 1790 et intégré au projet de décret décidé le 1^{er} septembre 1790 (cf. Bloch & Tuetey 1911, pp.110–111;121–123;126).

137 Bloch & Tuetey 1911, pp.758–777.

138 Sournia 1989, pp.99–100.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

originaux), ne niaient pas leur rôle médical¹³⁹. Il n'y a guère de doute que Guillotin, soucieux de l'intérêt public, fut également motivé par des considérations professionnelles dans la création du Comité de Santé, en particulier une aversion pour les tentatives de « fonctionnarisation » de la profession¹⁴⁰. Les approches des deux comités, l'un centré sur les besoins des indigents, l'autre sur l'avancement de la médecine, furent de toute façon relativement complémentaires : il n'est besoin pour s'en convaincre que de constater leurs emprunts au *Nouveau plan de constitution pour la médecine en France* de Félix Vicq d'Azyr¹⁴¹.

Ces très brèves précisions ont pour but de souligner, comme nous allons le voir dans les paragraphes qui suivent, qu'une partie des mesures prises par le CGH trouvent leurs racines dans les projets du comité de mendicité. Par conséquent, soutenir que le comité de mendicité a des vues d'Ancien Régime sur les hôpitaux, c'est renforcer l'ancrage prérévolutionnaire du CGH. Or, si les inspirations d'Ancien Régime sont patentes à la création de l'institution, elles ne sont d'abord pas les seules – à notre sens –, et ensuite elles ne proviennent certainement pas de la Rochefoucault-Liancourt et ses collègues.

Autre élément militant pour les liens entre l'administration des hôpitaux de Paris et le Comité de Mendicité, le *Rapport sur la nouvelle distribution des secours proposés dans le département de Paris*, susmentionné. On présente généralement la loi du 16 vendémiaire an V

139 Frangos 1997, p.207, note 52.

140 Weiner 1993, p.91.

141 Anonyme 1790, qui fut présenté au Comité de Salubrité par son auteur en 1791 et forme la base du *Projet de décret sur l'enseignement et l'exercice de l'art de guérir, présenté au nom du Comité de Salubrité*, cf. Guillotin & Comité de Salubrité 1791.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

(7 octobre 1796) municipalisant la gestion des établissements hospitaliers comme l'abdication des ambitions nationales en la matière, expression du retour aux conceptions d'Ancien Régime, et décision qui va perpétuer les inégalités territoriales pendant au moins un demi-siècle¹⁴². La loi transfère la gestion des hospices à la commune en instituant des « Commissions administratives », composées de 5 membres. Elle lui confère une autonomie financière en imposant la nomination d'un receveur¹⁴³, nommé par la commission. Dans le même mouvement, la loi du 23 messidor an II (11 juillet 1794) nationalisant les biens hospitaliers (cf. infra note 151) était définitivement abrogée, et les biens vendus devaient être remplacés par des biens nationaux de même produit. En contrepartie de cette indépendance financière, le gouvernement se dégageait de toute obligation en la matière : aucun secours ne pourrait plus être accordé aux hospices sans autorisation expresse du Corps Législatif.

Cette loi directoriale est effectivement à l'opposé des idées de la Constituante, mais c'est peut-être oublier qu'elle avait un antécédent : un arrêté du directoire du département de la Seine du 11 avril 1791 qui confiait la surveillance effective des hôpitaux de Paris à une commission de cinq membres¹⁴⁴, suite la démission des anciens administrateurs de l'Hôtel-Dieu, de l'Hôpital Général et des autres établissements de bienfaisance. Jean Imbert présente clairement la loi du 16 Vendémiaire an V comme l'extension « à la France entière [du] principe parisien » posé cinq ans plus tôt, et au sujet duquel il écrit :

« La rupture avec l'Ancien Régime était dès lors totale : d'une part, la municipalité se trouvait être dépossédée de son traditionnel droit de regard sur les hôpitaux au profit d'un organisme collégial, émané de l'administration de la commune puis du département, par conséquent indépendant ; d'autre part la multitude des établissements particuliers s'évanouissait définitivement pour faire place à une administration

142 Rochaix 1996 [1959], p.116.

143 Équivalent de nos comptables actuels.

144 Cf. infra pp.52 & sq., les établissements devant même être régis directement par la commission des secours publics (qui succéda au Comité de Mendicité et de Salubrité en octobre 1791) pendant quelques mois. Cf. Bertogne, l'Administration générale de l'Assistance Publique à Paris, Paris, 1935 cité par Imbert 1954, p.225.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

unique et gigantesque ; la commission [...] allait fusionner la diversité réglementaire des anciens hospices en une discipline uniforme, les ressources éparpillées en une caisse unique, les vénérables personnes morales respectueuses du droit des fondateurs en un service public révolutionnaire et centralisé à outrance. »¹⁴⁵

Or, ces mesures sont frappantes de proximité avec celles proposées par le rapport du Comité de Mendicité sur les secours parisiens. Maintenant que les mêmes principes gouvernant l'organisation des secours dans le royaume s'appliquent à la capitale, ils doivent cependant être adaptés en raison de « l'étendue de la capitale, de la multiplicité des étrangers qui y abondent, de la misère qui, par milles causes différentes, afflue, dans une grande ville, dans une proportion beaucoup plus forte » et parce que « dans aucun lieu du monde, les établissements charitables n'ont plus besoin d'une entière réforme »¹⁴⁶. Reprenant les propositions faites auparavant¹⁴⁷, il suggère la création d'un comité de huit personnes nommées et subordonnées au directoire de département, chargées de transmettre la politique de ce dernier à des comités de surveillance de quatre personnes, nommés eux par la municipalité et chacun responsables de l'inspection, la police et la conduite supérieure d'un des établissements de secours. Si la formulation originale n'est pas des plus cristalline¹⁴⁸, on comprend bien l'objectif : assurer un surplus de direction aux établissements parisiens vu leur taille, sans froisser le département et la municipalité qui se trouvent recouper le même

145 Imbert 1954, pp.225–226.

146 Bloch & Tuetey 1911, pp.758–759.

147 Préférence pour les secours à domicile, établissement de chirurgiens fonctionnaires, maintien de grands hôpitaux pour l'instruction, création d'établissements de convalescents, de vénériens, de payants, d'aliénés, d'hospices, d'inoculation. On y trouve des données chiffrées très détaillées sur les besoins de la capitale dans lesquels nous n'entrerons pas ici pp.770 et 773-776.

148 Qu'on en juge : « Ce comité, agent du directoire du département, doit être nommé par lui, puisqu'il a la responsabilité des succès ou des fautes de cette grande administration. Cette agence [ou comité], qui serait le conseil et le premier moyen d'exécution du directoire, lui serait absolument subordonnée, ne recevrait que de lui son mouvement, et l'imprimerait aux comités de surveillance, qui, composés de quatre personnes, auraient chacun l'inspection, la police et la conduite supérieure d'un des établissements de secours du département. Ces comités de surveillance devraient être choisis par la commune de Paris, pour les établissements de la capitale. [...]

La municipalité de Paris, faisant pour la capitale fonction de district, pourrait être déléguée par le département pour le soin des hôpitaux. Alors elle aurait, sous le département, l'administration supérieure de ces établissements, et cette fonction n'aurait rien de contradictoire avec elle de l'Agence de secours, qui, encore une fois, serait le conseil de département. » Bloch & Tuetey 1911, p.768.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

territoire.

On voit bien dès lors que ce qui sera le cadre problématique auquel le CGH sera sommé d'apporter une solution était déjà dessiné en 1790-1791 : la critique économique et sociale des établissements hospitaliers¹⁴⁹, les conflits de juridiction entre la municipalité et le département, une situation financière critique suite aux diverses législations révolutionnaires sur les biens hospitaliers et les privilèges féodaux, et un investissement médical croissant dans les questions hospitalières.

On connaît la suite pour ce qui concerne les finances hospitalières au plan national. La suppression des diverses sources de recettes relevant des droits féodaux, dont l'octroi par la loi du 22 août 1791 (mais aussi diverses autres rentes et taxes, comme la dîme, le droit des pauvres sur les spectacles, etc.¹⁵⁰), et surtout la nationalisation du patrimoine hospitalier par la loi du 23 messidor an II (11 juillet 1794) ont privé les hôpitaux du pays d'une grande partie de leurs capacités d'autofinancement¹⁵¹, alors que l'abrogation des privilèges féodaux rendait nombre établissements imposables sur leurs revenus et patrimoine¹⁵². On conçoit que l'effet ciseau sur les budgets fut extrêmement puissant, alors que ces derniers devaient être abondés par des dotations gouvernementales qui furent insuffisantes et tardives. Leur retard de

149 cf. supra pp.17 & sq., répétée par ce même comité de mendicité, notamment dans son quatrième rapport (Bloch & Tuetey 1911, pp.393 & sq en particulier)

150 Rochaix 1996 [1959], pp.89-95 pour une liste plus complète.

151 La Rochefoucauld-Liancourt estime la chute de revenu à 10 330 315 livres pour l'ensemble des hôpitaux du royaume en 1791, soit approximativement 1/3 des revenus à la veille de la Révolution. Bloch & Tuetey 1911, pp.537-539. Husson 1862, p.517 estime qu'en 1796 : « les revenus des pauvres, pour la France entière, étaient diminués de trois cinquièmes, et les ventes réalisées ainsi que les réductions de rentes, imposées plus tard, avaient fait éprouver aux hospices de Paris une perte annuelle de 3,438,984 francs ». Frochot, préfet de la Seine, considérait en l'an X que la perte de revenu depuis la Révolution atteignait 6 680 994F (-79%) : « Les hospices civils de Paris jouissaient, avant la Révolution, d'un revenu de 8 466 412 francs ; le patrimoine a été réduit à un revenu de 1 785 418 francs ». Passy 1867, p.464.

152 cf. note précédente. Ainsi, on réclama par exemple 30 000 livres par an à l'Hôpital Général de Paris au seul titre de sa contribution foncière. Imbert 1954, p.43.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

versement fut probablement aussi préjudiciable aux établissements que leur insuffisance, d'abord en entraînant des retards de paiement des marchés, et surtout, vu les taux d'inflation, des déficits accentués¹⁵³. Bref, malgré le décret du 2 brumaire an IV (24 octobre 1795) suspendant celui du 23 messidor an II et sa définitive abrogation par la loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) sur l'administration hospitalière (prévoyant la restitution des biens non vendus ou, à défaut, leur remplacement par des biens nationaux de même produit), suivi du rétablissement de certaines sources de financement – à commencer par le droit des pauvres sur les spectacles le 27 novembre – nombre d'hôpitaux étaient financièrement très affaiblis¹⁵⁴.

1.1.1.2 Particularités parisiennes

La situation dans la capitale était un peu particulière. D'abord, les hôpitaux et hospices civils de Paris forment une part extrêmement importante du système de secours national, ce qui explique partiellement les attentions que lui portent et continueront de lui porter les pouvoirs centraux successifs. En reprenant les comparaisons imparfaites réalisées par John Frangos¹⁵⁵, les hôpitaux et hospices parisiens représentent 16,5% des personnes assistées de la sorte sur le territoire national¹⁵⁶ (i.e. 19% des hospitalisés, 21% des personnes en hospice, et 6,5% des enfants placés). Ils concentrent à eux seuls 25% des dépenses réalisées par les établissements du territoire et 70% des déficits.

153 On voudra bien nous excuser de ne donner ici que quelques éléments de rappel, le sujet ayant été extensivement traité par ailleurs. cf. notamment Rochaix 1996 [1959], pp.61–107 et surtout Imbert 1954, pp.51–146.

154 À titre d'ordre de grandeur, on estime que les trois quarts voire les quatre cinquièmes des biens hospitaliers furent aliénés. cf. Imbert 1954, pp.82–91.

155 Frangos 1997, p.181, imparfaites parce que les chiffres pour les données nationales sont ceux de l'an IX (d'après un rapport du ministère de l'Intérieur, AN F¹⁵ 104) et ceux pour les données parisiennes sont de l'an XI (d'après un état des recettes et dépenses, AN F¹⁵ 134).

156 Exceptés, donc, les secours à domicile.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

Ensuite, les conflits de compétences vont être plus vifs qu'ailleurs. L'imprécision des termes des arrêtés du 14 décembre (créant les municipalités) et du 22 décembre 1789 (fixant les pouvoirs des départements) allaient amener des conflits de compétences. En province, les départements ne tentèrent pas d'administrer les hôpitaux, mais veillèrent parfois à ce que les villes le fassent. Le flou tourna au conflit à Paris¹⁵⁷.

En août 1789 le Bureau de l'Hôtel-Dieu présente sa démission – suivi quelques mois plus tard par celui de l'Hôpital Général. La municipalité lui demande cependant de rester en fonction jusqu'à ce qu'elle s'organise pour les remplacer. Elle affecte en octobre un de ses 8 services aux hôpitaux et ateliers de charité, dirigé par de Jussieu (alors lieutenant de mairie). Le 21 mai 1790, les hôpitaux passent au département des établissements publics (où de Jussieu travaille), les ateliers à celui des travaux publics. La municipalité maintint les administrateurs, et n'intervint que contre les plus gros abus ou tensions (notamment l'exclusion des prêtres de la Salpêtrière). Las, les administrateurs, toujours en poste dix-huit mois après leur première présentation de démission, écrivent le 16 mars 1791 au département : « Le Bureau considérant qu'il ne recevoit aucune réponse aux lettres qu'il avoit écrites tant au corps qu'au Bureau municipal [...] pour lui faire de nouvelles instances au sujet du remplacement de l'Administration, et pour lui exposer les motifs qui en exigent une nouvelle organisation, et informé que le Directoire du département de Paris est en pleine activité, a arrêté de lui écrire [...] »¹⁵⁸. La correspondance avec Pastoret, alors procureur syndic du Département – et futur membre du CGH – porte ses fruits, quoiqu'avec quelque suspense : alerté que les administrateurs ne siègeront plus à partir du 15 avril¹⁵⁹, et renseignements pris auparavant, il leur écrit le 8 avril pour les informer que le département « s'occupe des moyens

157 Imbert 1954, pp.33–35.

158 Brièle 1883, p.280. *A priori*, c'est donc par cette initiative que le Département allait prendre la main sur l'administration hospitalière, et non pas alerté par le ministre de l'Intérieur, comme l'écrit Imbert 1954, p.35.

159 1791, et non 1790 comme indiqué dans Imbert 1954, p.35, note 111 : l'intervention du département aurait été beaucoup moins compréhensible.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

de pourvoir à ce que cette administration importante soit continuée à l'époque que vous avez fixée pour votre démission ». Le jour dit, le Bureau fait lecture d'une lettre « remise à dix heure du soir, le même jour, [...] par laquelle il [Pastoret] les prévient que sur la démission qu'ils ont donnée de leurs fonctions d'administrateurs de l'Hôtel-Dieu, le Directoire du département a confié provisoirement cette Administration à MM. Moulinot (sic¹⁶⁰), Cousin, Thouret, Cabanis, et Aubry-Duménil »¹⁶¹, soit une majorité de médecins. Le département s'en occupa activement, ne laissant à la municipalité que « l'exécution servile de ses arrêtés et les détails qui lui parurent trop pénibles ou trop rebutants ». Malgré les protestations, le *statu quo* perdura jusqu'au 10 août 1792, quand la commune ressaisit les attributions qui lui avaient été enlevées¹⁶².

Ceci ne marque pas pour autant la fin de l'état de crise dans l'administration des hôpitaux de la capitale. En suivant Jean Imbert¹⁶³, on peut distinguer trois raisons principales : des finances très déficitaires, le désordre qui règne dans les établissements, l'instabilité dans la composition de la Commission.

160 Il s'agit de Charles-Antoine-Joseph Leclerc de Montlinot (1732-1801), directeur du dépôt de mendicité de Soissons (il publiera en 1790 des *Observations sur les enfants trouvés de la généralité de Soissons*), associé du comité de Mendicité (Duprat 1997, p.96), qui fut peut-être docteur en médecine (Thuillier 2001, p.541), et sera par la suite chef de division, puis chef du bureau des secours au ministère de l'Intérieur entre l'an IV et IX (Moullier 2004, p.114) Sur Montlinot, voir Thuillier 2001.

161 Brièle 1883, p.285.

162 cf. Rapport de De Jussieu du 16 frimaire an II (6 décembre 1793) *Sur les hôpitaux de Paris, tendant à confier leur administration immédiate et directe à la municipalité*, Tuetey 1895, pp.49–64, T. III. Il faut dire, sans entrer ici dans les détails, que « l'abus de pouvoir » pouvait trouver quelque fondement juridique, du fait même de la particularité de Paris : le département avait éventuellement, au titre de la loi, compétence en matière de surveillance des hôpitaux dans la mesure où ces derniers avaient, dans la capitale, premièrement vocation à recevoir des populations extra-municipale (et entrent donc à ce titre dans les objets d'administration générale) ; et deuxièmement certains établissements (Bicêtre, Charenton, etc.) se trouvaient sur le territoire de communes voisines, appartenant à un des deux autres districts du département (et non de la commune) de Paris (trois décrets de 1790, entrant en application le 4 mars de la même année, avaient créé le département de Paris, constitué des districts de Paris, Saint-Denis et Bourg-la-Reine). Le point est assez bien argumenté dans les *Observations sur les fonctions et l'état actuel de la Commission des hôpitaux du département*, AAP 62 FOSS¹. Sur cette double administration municipale/départementale, on pourra également se reporter à Weiner 1993, pp.135–139.

163 Imbert 1954, pp.227–234.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

D'abord, les finances des hôpitaux, on en a vu les raisons, sont gravement déficitaires : le caractère contra-cyclique des dépenses d'assistance par rapport aux cycles économiques¹⁶⁴ et l'effet ciseaux qui en découle, aggravé par les pertes de revenus suite aux législations révolutionnaires, produit des effets encore plus dramatiques dans le cas parisien. L'habitude d'apporter à Paris les enfants abandonnés (bien que rendue illégale par la loi du 27 frimaire an V (17 décembre 1796) prescrivant la remise en l'enfant à l'hospice le plus proche) ; la création des maisons de l'Oratoire et Port-Royal¹⁶⁵, de Saint-Antoine, l'agrandissement de Beaujon et de l'hospice Saint-Jacques obèrent lourdement le budget de la commission. De même pour le passage au régime de l'entreprise¹⁶⁶ suite à un décret du Directoire du 19 frimaire an VII (9 décembre 1798), qui eut l'effet inverse de celui escompté. Les efforts fournis pour tenter de limiter les effets néfastes de ce surcroît de dépenses, tels que la révision des baux, la perception minutieuse du droit des pauvres sur les spectacles, l'obtention de reddition régulière des comptes (quoiqu'il fallut attendre l'an VIII pour que l'administration ait une idée précise du nombre des employés dans les établissements) et les maigres subsides gouvernementaux n'y suffirent pas et en l'an IX, l'arriéré des dettes montait à six millions de francs¹⁶⁷.

Ensuite, les désordres régnants dans les établissements – qui n'étaient pas une spécificité parisienne – se trouvaient cependant vraisemblablement quelque peu aggravés par deux éléments : premièrement les troubles avaient sans doute été sensiblement plus importants à Paris que dans les villes de province, deuxièmement la proximité des ministères, prompts à s'immiscer dans les affaires des hôpitaux de la capitale, affaiblissant du même coup la légitimité de la commission. On trouvera dans Imbert 1954, pp.230–233 nombre d'exemples,

164 Domin 1998.

165 cf. infra section 2.2.2.1.

166 Par lequel on délèguait par adjudication les charges de nourriture et d'une partie du personnel à des entreprises privées. cf. infra section 1.3.1.3.

167 Imbert 1954, p.229.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

aussi on se limite ici à mentionner une lettre d'un certain Goulliau (ou Gouillan) du 19 frimaire an V (9 décembre 1796) à la commission administrative¹⁶⁸ qui donne une idée de l'étendu des problèmes. Alors qu'il passe en revue l'état des hospices dont il a la surveillance, les descriptions sont plus alarmantes les unes que les autres. À Bicêtre, nombre de vieillards ne doivent leur présence qu'à quelque faveur politique, et prennent la place de « bons pauvres ». Une infirmerie fait défaut, le linge manque car il est volé, les vieillards découchent et ont parfois des appartements en ville ; ceux qui sont là se couchent à l'heure qu'ils veulent et entretiennent de la lumière ou du feu en contravention des instructions ; les femmes de service ont une conduite interlope, s'absentent et les soirs courent « les bals et les spectacles ». L'hospice du Nord (Saint-Louis) est dans un état « pitoyable » : « Point de subordination, disputes interminables entre l'agent de surveillance et ses inférieurs et notamment avec les officiers de santé », la situation est la même à Beaujon et à Montrouge. À la Bourbe (maison d'allaitement) et à l'hospice du faubourg Saint-Jacques (Hospice du Sud, ou Cochin), c'est l'agent de surveillance (le directeur) qui est la principale source des maux, qu'il soit dépassé, ou franchement absent. Enfin, la Salpêtrière est à ce point dantesque qu'il faudrait la diviser en trois, proposition dont le principe, indique-t-il, a été accepté par le ministre de l'intérieur.

Enfin, la composition de la commission fut des plus fluctuante : Frochot rapporte que les cinq places furent occupées, entre l'an V et l'an VIII par trente-cinq titulaires¹⁶⁹. Le chiffre est repris à l'identique par Imbert 1954, p.230. L'examen de la composition de la commission entre le 28 brumaire an V et le 27 nivôse an IX (19 novembre 1796-17 janvier 1801) tel qu'elle figure aux archives de l'Assistance Publique¹⁷⁰ ne rend compte que de vingt-sept titulaires, ce qui reste considérable. *A fortiori* si on y ajoute les vingt membres successifs de la

168 AAP 62 FOSS¹.

169 Dans son *Plan d'organisation de l'Administration générale des hôpitaux et hospices de Paris*, reproduit partiellement dans Husson 1862, pp.519–525. La mention du nombre de commissaires se trouve p.520.

170 AAP 17 FOSS, reproduit p.121.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

commission du directoire du département, pendant la durée de la double administration par la ville et le département et lors de la tutelle par intérim que ce dernier dut exercer après la suppression de la municipalité en 1794. Le rythme de ces renouvellements conduits à marche forcée suit sensiblement celui des alternances politiques – très fréquentes à la période, comme on sait : « les partis triomphoient alternativement, en distribuoient le revenu à ceux qui partageoient leurs opinions, et ceux-ci cédoient quelque fois la place à leurs adversaires avec tant de rapidité, qu'on a vu des administrateurs être là moins long-temps que leurs malades »¹⁷¹.

L'administration des hôpitaux de Paris est donc dans un état relativement critique, alors qu'après la loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796), sous le régime napoléonien, la centralisation s'accélère : la loi du 28 pluviôse an VIII (17 février 1800) confie au sous-préfet les fonctions exercées par les administrations municipales. Le pouvoir municipal n'est pas nié pour autant, puisque celle du 25 floréal an IX (15 mai 1801) reconnaît les maires comme membres-nés de l'administration des hospices, mais le système dérive naturellement vers un transfert de la surveillance réelle des hospices au préfet et au ministre de l'Intérieur. Et de fait c'est ce qui se passe : les membres des Commissions Administratives, renouvelables chaque année par cinquième, étaient choisis par le préfet sur une liste de cinq candidats présentés par la commission, avec l'aval de son ministre de tutelle. Ainsi le ministre de l'Intérieur précise (dans une circulaire de prairial an V) que la surveillance des établissements hospitaliers, qui est attribuée aux municipalités, « ne peut être exercée que sous l'autorité des administrations centrales de département » qui, elles-mêmes, « ne devront pas oublier que leurs délibérations

171 Pastoret 1816, p.5.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

... ne peuvent être exécutées sans mon approbation ». ¹⁷²

Alors qu'au plan national, à en croire J. Imbert¹⁷³, durant les années du Consulat et de l'Empire, les Commissions Administratives, poussées par les préfets (eux-mêmes sous un contrôle permanent du Ministre de l'Intérieur) remplissent avec beaucoup d'assiduité leurs prérogatives : rédaction de règlements (en particulier pour la discipline des employés et les règles d'admission dans les hospices), fixation d'un régime alimentaire convenable, réunion de divers établissements chaque fois que c'était possible (dans un souci d'économie et de bonne gestion), spécialisation des établissements et des salles, reconstitution du patrimoine hospitalier aliéné, etc. ; on comprend que ceci n'était que très difficilement possible à Paris, où la loi de vendémiaire an V ne prévoit aucune disposition particulière.

Il est donc peu surprenant que l'on trouve trace précoce de plans de réforme proposant le rattachement direct des hôpitaux de la ville au ministère de l'Intérieur. Le plus récent qui nous ait été donné de lire est un *Projet d'organisation pour l'administration des hospices civils et prisons de Paris*¹⁷⁴ datant de l'an IV (1796)¹⁷⁵. Après avoir résumé les rapides et multiples changements de tutelle intervenus depuis 1791, le projet expose la situation présente. À savoir qu'en application de dispositions nationales, on a créé à Paris un Bureau central chargé de la police et des subsistances (déclarés objets indivisibles par une loi) auquel l'administration des hospices civils n'appartient formellement pas, et qui, n'ayant que 3 membres, ne pourrait alors s'en occuper. « N'apperçoit-on (sic) pas d'ailleurs un inconvénient à laisser entre les mains de ce Bureau un pouvoir immense, de la nature de celui qui a rendu la ci-devant Municipalité de

172 Cité par Imbert 1979, p.80.

173 Imbert 1954, pp.156–158.

174 AAP 62 FOSS¹.

175 Et par conséquent d'avant la loi du 16 vendémiaire an V créant les Commissions Administratives.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

Paris si redoutable, et ne songera-t-on pas au moins à l'influence que lui donnerait le gouvernement de maison où sont réunies de si grandes masses d'individus faciles à soulever, telles que sont les prisons et hospices ? » L'auteur du projet, anonyme, estime que le département ne serait pas plus indiqué : le personnel est en nombre aussi limité, et la mesure pourrait être jugée inconstitutionnelle, les départements n'ayant que des fonctions de surveillance, l'administration immédiate appartenant aux autorités municipales. Il en déduit que « Si ces considérations paraissent fondées, on sentira la nécessité de former, pour l'administration des hospices civils de Paris, et en attendant l'organisation définitive des secours publics, une administration particulière placée provisoirement sous la surveillance immédiate du Ministre. » Le projet, inspiré de la gestion des comités de bienfaisance de la ville, présenterait plusieurs avantages à ses yeux : d'abord garantir un nombre de salariés suffisant à une administration efficace, vu le grand nombre d'hospices, la restitution des biens votée, leur régie, la perception des rentes, et l'entretien des maisons locatives ; ensuite et surtout, l'établissement d'une caisse commune pour agréger les rentes et les produits des revenus des différents hospices.

Ce qui est remarquable dans ce projet, c'est qu'il expose clairement la problématique des hospices parisiens : ils réclament résolument une gestion unique, mais restent trop importants, lourds à gérer pour une commission de seulement cinq membres. Et surtout, ils sont un élément politiquement trop « redoutable » pour être laissés à la discrétion de la municipalité.

Deux ans plus tard, étaient publiées les *Réflexions sur les hôpitaux, et particulièrement sur ceux de la commune de Paris et de l'établissement du Mont-de-Piété*, par un employé du

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

*ministère de l'intérieur*¹⁷⁶. On voit déjà présenté, dans cet écrit, ce que deviendra effectivement le CGH. Reprenant la référence au Comité de Mendicité, il indique que « Le premier objet de cette organisation doit être le classement des hôpitaux, d'une manière plus utile à l'humanité souffrante, et plus conforme aux principes d'égalité qui doit exister dans la distribution des secours publics. ». Les malades ne pouvant être secourus uniquement par les secours à domicile, un nombre restreint d'hôpitaux reste nécessaire, qui doivent donc être divisés entre hospices pour vieillards, infirmes, insensés, etc. et hôpitaux de malades. Pour lui, l'inconvénient principal de la situation présente tient essentiellement à la concentration entre les mêmes mains des administrations patrimoniale, économique, et de la surveillance intérieure. Les Commissions Administratives sont chargées de la régie des biens, de la perception, direction de caisse, des achats et consommations, des vérifications comptables, de l'ordonnancement, du contrôle et des paiements de leurs propres dépenses, ce qui est contraire aux règles comptables élémentaires. Point remarquable, il indique que c'est à la fois pour y remédier et pour apaiser les tensions internes aux établissements entre agents de surveillance, personnels médicaux et infirmiers, et membres de la commission que l'on introduisit le régime de l'entreprise, en vain, comme l'on sait. À l'instar du précédent projet, il souligne également que les cinq administrateurs ne peuvent s'occuper convenablement des 19 établissements,

176 cf. Anonyme an VIII, reproduit intégralement dans Thuillier 1997a. Souvent attribué à tort (par exemple Robert, Bourlonton & Cougny 1891) à Louis-Marie-Stanislas Fréron (1754-1802) Conventionnel montagnard des plus radicaux, proche de Marat, responsable des massacres de Toulon en 1793, opportuniste et concussionnaire récidiviste, devenu thermidorien forcené. Amant de Pauline Bonaparte (après le 18 brumaire, en toute logique), brièvement nommé administrateur des hospices par le premier consul (du 13 janvier au 5 septembre 1800, cf. AAP 17 FOSS), il finira tout aussi brièvement sous-préfet d'un des arrondissements de Saint-Domingue, succombant en deux mois à la fièvre jaune. Quérard 1847, pp.26–27 déjà, puis Thuillier 1997a, p.144 l'attribue à François Mathieu Frerson (1767-1834), ancien clerc de notaire, entré au ministère de l'Intérieur en 1793 comme commis, devenu ensuite chef du bureau des hospices civils le 1^{er} vendémiaire an III, avant de passer à la direction générale des communes en 1812, où il restera jusqu'à être mis contre son gré à la retraite à la fin des années 1820 cf. Moullier 2004, p.112 ; Thuillier 1998, pp.232–234, G. Thuillier indiquant que l'erreur d'attribution date de la Biographie Universelle de 1816 (elle s'explique, outre la consonance, par le fait que Fréron était membre de la Commission au moment de la publication anonyme). Frerson avait envoyé dès le 30 brumaire an VIII (31 novembre 1799) la version initiale de son plan à Laplace, qui venait d'être nommé ministre de l'Intérieur. Thuillier pense que Frerson publia ensuite une version plus complète (notamment développée sur le Mont-de-Piété) mais anonyme parce que la première version l'avait été sans l'accord de Montlinot, son supérieur hiérarchique. cf. Thuillier 1998, pp.232–233, note 6. La version initiale est reproduite dans Thuillier 1997b.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

16 000 pensionnaires, 2500 employés, 600 maisons, 87 fermes et 18 moulins, situés sur plusieurs départements, qui leur incombent.

Pour y remédier, il suggère comme solution générale une régie des biens commune aux hôpitaux, hospices, secours à domicile et établissements d'instruction publique (leurs comptabilités restant distinctes), séparée de leur « direction économique ». Composées de trois membres chacune, un conseil de surveillance présidé par le préfet ferait le lien, conseil chargé de la surveillance et de l'amélioration des établissements, dont les fonctions seraient gratuites, et qui serait donc composé d'hommes respectables et fortunés¹⁷⁷. Déclinée au cas parisien – englobant les hospices civils de la ville, Charenton, les quinze-vingt, et l'institut national pour les sourds-muets et aveugles – les six membres des directions économique et patrimoniales seraient salariés¹⁷⁸. Le conseil de surveillance comprendrait comme membres non seulement le préfet de département, mais aussi le préfet de police et le conseil de préfecture, auxquels seraient adjoints autant de membres que d'hospices, l'ensemble étant sous la surveillance directe et nomination du ministre de l'Intérieur. Enfin, il propose l'établissement, près du conseil de surveillance, d'un « avocat général des pauvres », « chargé de stipuler leurs intérêts, d'entendre leurs plaintes et réclamations et de requérir l'exécution des lois et règlements qui pourront concerner leur administration »¹⁷⁹. Suit une longue liste de pourvois en justice, d'actions immobilières qui ne pourraient se faire sans l'accord du conseil, de l'avocat général, ou du ministre, ainsi que de règles comptables.

Bien qu'il insiste sur les aspects formels de comptabilité on voit transparaître ici ce qui sera le CGH deux ans plus tard. À eux deux, ces projets mettent clairement au jour les motifs qui

177 Les finances des hospices seraient adossées à un Mont-de-Piété (créé en 1775, il avait succombé sous la Révolution et ses assignats) dont les bénéficiaires seraient partagés entre les actionnaires et les hospices : il formerait une sorte de fond de caisse pour ces derniers.

178 Avec des émoluments de cinq mille francs annuels.

179 Articles I à XIII.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

présidèrent à la création de l'institution, et esquissent son devenir : livrés à une commission administrative qui « se montre impulsive, irréfléchie : aucun plan d'ensemble, aucune idée directrice n'anime son action, entreprise sous la poussée des événements journaliers »¹⁸⁰, trop grands, trop importants politiquement, trop fragiles financièrement, les hôpitaux et hospices de Paris devaient bénéficier d'un statut dérogatoire.

1.1.1.3 Intentions préfectorales et ministérielles

On fait crédit à Nicolas Frochot¹⁸¹ de la création du CGH, à travers un mémoire publié et remis au conseil de département (qui faisait office de conseil municipal) en 1800¹⁸², dont le contenu sera largement avalisé par l'arrêté consulaire du 27 nivôse an IX¹⁸³. Cette création, qui devait apporter une solution à la situation de crise que connaissaient les établissements d'assistance de la capitale, fut elle-même issue d'importantes tensions entre les préfets de la Seine et de département.

À en croire Alfred des Cilleuls « lorsque Frochot fut appelé à la préfecture de la Seine, l'administration des hospices se trouvait dévolue à son collègue de la police [en application de

180 Imbert 1954, p.233.

181 Nicolas Thérèse Benoit Frochot (1761-1828). Constitutionnel, il se lie d'amitié avec Mirabeau. Emprisonné sous la Terreur, il est libéré après le 9 thermidor, élu député de la Côte-d'Or (il était natif de Dijon) avec l'appui de Cabanis en 1799, il démissionne de son mandat électif après avoir été nommé le premier germinal an VIII (22 mars 1800) premier préfet de la Seine par Bonaparte, qui n'avait pas encore pris la mesure de l'importance du poste (cf. Lanzac de Laborie 1905, p.36). Fonctionnaire consciencieux et laborieux, piètre orateur, il fut un des plus solides soutiens à la politique napoléonienne « d'embellissement » de la capitale. Démis en 1812 suite à son manque de réaction face au coup d'État avorté de Malet, il est Conseiller d'État honoraire sous la première Restauration, préfet des Bouches-du-Rhône pendant les Cent-Jours, et se retire de la vie publique après sa destitution en juillet 1815. Sur Frochot, voir Lanzac de Laborie 1905, pp.35-40 et surtout Passy 1867, en particulier pp. 460-483 pour les aspects qui nous intéressent ici, quoi que Louis-Paulin Passy attribue à Frochot ce qui appartient au CGH collégialement, alors que d'après Lanzac de Laborie 1908, p.10 « dès les premiers mois, ses absorbantes occupations [à Frochot] le condamnèrent à ne prendre aux délibérations qu'une part très intermittente. »

182 Voir infra pp.67 & sq.

183 17 janvier 1801, reproduit en Annexe I. Imbert, par exemple, en fait l'inspiration directe de l'arrêté consulaire du 27 nivôse en IX : Imbert 1954, pp.234-235.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

la loi du 16 messidor an VII], et le ministre de l'intérieur, d'après les errements suivis par ses prédécesseurs, dirigeait les bureaux de bienfaisance. »¹⁸⁴

On l'a compris, un des intérêts majeurs de toute réforme du système hospitalier – au-delà de l'accroissement de personnel nécessaire à l'étendue du système parisien – était précisément de renforcer (pour ne pas dire de mettre en place) une meilleure coordination entre hôpitaux, hospices et secours à domicile. Il fallait donc qu'ils soient concentrés entre les mêmes mains. C'est donc pour la tutelle des bureaux de bienfaisance que la lutte s'engagea¹⁸⁵ entre les deux préfets, et par voie de conséquence entre leurs deux ministères¹⁸⁶.

Le 4 thermidor an 8¹⁸⁷, le préfet de police, Dubois¹⁸⁸, écrit au ministre pour défendre sa tutelle sur les secours à domicile, en exposant que par le passé la distribution des secours appartenait à la police, « comme un moyen d'assurer la tranquillité publique, de conserver les bonnes mœurs, de maintenir la paix et l'union dans les familles, et de procurer aux enfants une éducation phisique (sic) et morale qui les rendit utiles à la patrie », et les secours attribués par le gouvernement pour les travaux de charité étaient versés dans la caisse de la police qui les

184 Des Cilleuls 1900, p.157.

185 On le répète, on ne traitera pas ici des dispositifs de secours à domicile en tant que tels. Sur ces derniers, on consultera en particulier Felkay 2005 ; Felkay 2011, et pour leurs antécédents révolutionnaires (les comités de bienfaisance des sections parisiennes) Woloch 1986.

186 Rappelons ici que pendant la plus grande partie du Consulat et de l'Empire (à l'exception de 1802 à 1804), la police ne relevait pas des prérogatives du ministère de l'Intérieur, mais d'un ministère *ad hoc*, dont le principal titulaire fut Joseph Fouché (de 1799 à 1802 et de 1804 à 1810).

187 AN F¹⁵ 1863

188 Louis-Nicolas-Pierre-Joseph Dubois (1758-1847), procureur du Châtelet à la Révolution, membre du Bureau central de Paris après le 18 brumaire (aux trois membres duquel étaient confiés, d'après la loi du 19 vendémiaire an IV – 11 octobre 1795 – créant les douze arrondissements, les affaires impossibles à répartir entre les municipalités d'arrondissement, telles que la police ou la voirie), premier préfet de police, nommé en mars 1800. Personnage ambitieux, de peu d'esprit, dévoué à Napoléon, il fut remplacé en 1810 par Pasquier. cf. Anonyme 1815, p.10.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

administrait « parce que sa surveillance doit s'étendre sur toute réunion d'individus, sur toute espèce de rassemblement ». C'était un moyen pour les services de police de recueillir des « renseignements relatifs aux mœurs des indigents et à leur conduite ». On voit donc qu'aux yeux du préfet de police, le principal élément susceptible d'appuyer sa demande réside dans la distribution de secours comme moyen et risque pour l'ordre public. C'était certainement frapper juste : le souvenir du 10 août¹⁸⁹ était encore frais. Il conclut donc sa lettre avec une mention aux loi du 7 frimaire an V (27 novembre 1796) et arrêté du 26 fructidor an V (12 septembre 1797) lui attribuant la surveillance des Bureaux de Bienfaisance et une demande d'éclaircissement sur ses prérogatives, alors que selon lui des lois et décrets non abrogés persistent, et que l'arrêté du 12 messidor an VIII (1^{er} juillet 1807) fixant les attributions des préfets de police prescrit des rapports avec les Bureaux de Bienfaisance sans en indiquer l'étendue.

Suit un rapport au ministre, rédigé par le Bureau des Hospices, et signé de deux personnes dont Montlinot¹⁹⁰ (l'autre étant possiblement Frerson), en date du 9 thermidor an 8. De façon très intéressante, il penche clairement en faveur d'un rattachement de toutes les compétences d'assistance au préfet de département. La réfutation des arguments de Dubois se fait en deux temps. Le second est juridique : il conteste son interprétation de la loi du 7 frimaire an V et rappelle que la loi du sixième jour complémentaire de la même année a retiré la surveillance des bureaux de bienfaisance au Bureau Central pour la rendre à l'administration centrale du département¹⁹¹. Le premier, plus intéressant, repose sur une acception plus moderne du mot

189 Journée du 10 août 1792 durant laquelle les sections parisiennes, encouragées par Danton et les cordeliers, établirent la commune insurrectionnelle et marchèrent sur les Tuileries pour obtenir l'abdication de Louis XVI, entraînant la fin de la Législative et de la monarchie constitutionnelle.

190 Montlinot : ancien lauréat du concours de Châlons, directeur du dépôt de mendicité de Soissons, associé du Comité de mendicité, un des chefs de la commission exécutive des Secours publics puis du ministère de l'intérieur. Voir Guy Thuillier, *Un observateur des misères sociales*, Leclerc de Montlinot : 1732-1801

191 De façon un peu plus détaillée, pour les services ministériels la surveillance des bureaux de bienfaisance, aux termes de la loi du 7 frimaire an V, appartenait bien aux « administrations centrales », le pouvoir municipal n'étant, le cas échéant, qu'exécuteur d'une délégation de ces dernières. Ils ajoutent que la loi du

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

« police ». Pour les deux signataires du rapport, le préfet de police a donné trop d'extension aux principes qu'il pose. « La principale cause de ces erreurs d'administration viennent en partie de ce que l'on donne à ce que l'on appelle police une latitude trop grande. La police proprement dite n'est que la recherche des délits contre les lois existantes [...] ; elle surveille tout, elle dénonce, elle punit et ne récompense pas. »¹⁹² Apparaît clairement ici la transition du sens ancien du mot, celui qu'il a pour de La Mare¹⁹³ un siècle plus tôt – défini par Michel Foucault comme « réglementation indéfinie du pays selon le modèle d'une organisation urbaine serrée » dont l'objet est « quasi infini »¹⁹⁴ – à son acception moderne d'instrument de lutte contre l'illégalité.

Le 27 thermidor an VIII (15 août 1800), c'est Barbier-Neuville¹⁹⁵ qui fait un rapport au ministre sur les requêtes de Dubois : il dit partager les vues livrées par ses deux subordonnés et y ajoute une dimension plus politique : « il importe de ne point séparer la surveillance des secours à domicile de celle des hôpitaux » et donc de la remettre « plus particulièrement au préfet civil. » Enfin, il présente au ministre des mesures propres à concilier les deux préfets, dont il ne cache pas la provenance :

« Ces mesures consisteroient à créer, sous la surveillance immédiate du ministre, un conseil général des secours publics, dont les deux préfets seroient membres-nés. La préséance appartiendrait de droit au préfet civil, qui auroit en outre, voix prépondérante dans les délibérations du Conseil. Ce Conseil seroit composé d'hommes versés dans cette partie.

Si le Ministre le désiroit, il seroit facile de donner à ce plan tous les développements qui sont contenus, pour la plus grande partie, dans le plan du cit. Frerson, l'un des employés du bureau des hôpitaux, que je

sixième jour complémentaire prorogeant les droits sur les spectacles (taxe finançant l'assistance), proposée par le Conseil des Cinq Cents (chambre basse) fut amendée avant adoption par le Conseil des Anciens (chambre haute) précisément parce qu'elle confiait au Bureau Central des attributions en la matière, alors qu'elles ne lui revenaient pas.

192 AN F¹⁵ 1863.

193 La Mare 1705.

194 Foucault 2004a, p.7,9. Sur la notion de « police », voir surtout Foucault 2004b, pp.319–370 et supra p.13.

195 Jean-Pierre Barbier-Neuville (1754-1822), chef de la troisième division du ministère de l'Intérieur (en charge des hôpitaux et hospices, bâtiments, sciences et beaux-arts) de l'an VIII à 1815. cf. Moullier 2004, p.107.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

crois [??] ce qu'il y a de mieux en ce genre. »¹⁹⁶

Enfin, le 29 thermidor an 8 (17 août 1800) un dernier rapport allait paver le chemin à l'intervention finale de Frochot : Montlinot y montrait comment l'organisation d'un régime dérogatoire pour Paris devait renforcer le rôle du ministre. D'après lui, puisqu'il est prouvé que le préfet de police n'a pas dans ses attributions les secours, « il est donc essentiel d'organiser un comité central de Bienfaisance d'après d'autres vues que celles qui ont été suivies jusqu'à ce jour, où tout semble tendre à séparer le Ministre du peuple » L'arrêté des consuls du 12 frimaire an 8 créant un comité central, composé de 12 membres pris dans les comités de bienfaisance a, selon Montlinot, deux effets pervers : il rend impossible toute politique coordonnée, chaque commissaire tirant la couverture à lui ; il laisse penser que les commissaires décident de tout. Or, « Il faut que l'indigent sache bien que c'est le gouvernement qui donne, et que les comités ne sont que les distributeurs, d'après un ordre donné »¹⁹⁷. Pour cela, les commissaires doivent être nommés par le ministre, et ne pas appartenir aux Comités de Bienfaisance, qui formeront désormais leurs demandes auprès du Comité Central. Enfin, « Comme il est absolument essentiel que les nouveaux membres du Comité Central soient entourés de toute la force de l'opinion publique, ils devront être pris dans les classes aisées de la société. »¹⁹⁸

196 AN F¹⁵ 1863. Il fait naturellement référence à Anonyme an VIII, cf. note 176 p.59.

197 Argument que Chaptal reprendra, sans que l'on puisse dire – comme le fait C. Duprat – qu'il est le sien puisqu'il fut formulé par Montlinot avant même qu'il soit chargé du portefeuille de l'Intérieur, le 8 prairial an IX (28 mai 1801) à propos de l'unification avec les secours à domicile :

« *En général, le Conseil rapporte tout à lui.* Cependant, il est de l'intérêt du gouvernement et de sa politique de ramener à lui-même la reconnaissance des pauvres et de s'attacher par ce sentiment cette portion considérable de la société. Le Conseil général d'administration ne doit agir et délibérer dans l'exercice des fonctions qui lui sont confiées que sous l'autorité interposée du ministre de l'Intérieur. S'il en pouvait être autrement, le Conseil serait une véritable corporation qui terminerait par enlever insensiblement au gouvernement tout moyen de popularité en appelant sur lui seul la reconnaissance des malheureux. » AN F¹⁵ 1863, cité par Duprat 1997, p.102.

198 AN F¹⁵ 1863.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

C'est le moment que choisit Frochot, en toute cohérence avec la longue lutte d'influence qui était en train de s'amorcer entre préfecture de la Seine et préfecture de Police¹⁹⁹, pour tenter un coup de force : prendre un arrêté²⁰⁰ transférant à sa préfecture l'ensemble des services d'assistance (à domicile y compris). Dubois écrit au ministre le 24 pour lui signaler l'arrêté préfectoral et protester contre l'abus de pouvoir qu'il constitue. Trois jours plus tard, une note au ministre (probablement signée Montlinot) résume la situation : depuis l'arrêté du préfet de département du 21, chacun campe sur ses positions, et l'agent comptable des bureaux de bienfaisance ne sait plus à qui rendre compte. Une proposition d'arrêté aux consuls – reprenant le rapport du 29 thermidor – est jointe. Lucien Bonaparte, ministre de l'Intérieur réagit dans un premier temps en indiquant qu'un arrêté des consuls est inutile, qu'il suffit d'écrire aux préfets pour indiquer que le Bureau Central de Bienfaisance exerçant des fonctions « pénibles et gratuites, il devait être investi de toute la confiance du gouvernement », et rendre compte directement au ministre tous les trois mois. Et de signifier dans une lettre à Frochot de ne plus prendre d'arrêtés sans en référer au ministre²⁰¹. L'idée de L. Bonaparte semble donc avoir été de maintenir le *statu quo ex ante*, et de placer l'objet de la discorde sous son contrôle direct.

Frochot fut contraint de faire machine arrière. Ce n'était pas une défaite, mais une retraite tactique : il ne pouvait ignorer le soutien sur le fond dont la mesure bénéficiait dans les services ministériels, pas plus qu'il ne pouvait ignorer l'intérêt que le ministre de l'Intérieur en

199 Lanzac de Laborie 1905, pp.63–68.

200 Arrêté préfectoral du 21 fructidor an VIII (8 septembre 1800), cf. Lanzac de Laborie 1908, p.5, note 3.

201 AN F¹⁵ 1863.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

personne portait à ces questions²⁰².

Aussi il revint à la charge, mais par le truchement du conseil de département (faisant office de conseil municipal), auquel il remit à l'automne un mémoire pour réorganiser l'administration hospitalière dont le seul contenu – très vraisemblablement parcellaire – qui nous soit parvenu se trouve dans Husson 1862, pp.519–525. Il est nécessaire d'y revenir avec quelques détails, parce que c'est dans ce plan que l'on voit pour la première fois s'exprimer les idées du préfet sur la question hospitalière, et que c'est ce rapport qui est crédité – comme nous l'avons déjà mentionné – de la genèse de l'institution qui nous intéresse dans le présent travail.

Dans un premier temps, de façon assez emphatique, Frochot présente les hôpitaux et hospices comme un devoir de la société et un instrument d'ordre public : « la société [y] paie sa dette au malheur, à la vieillesse et à l'infirmité ; la prudence, apaisant le besoin extrême, prévient l'abandon et le désespoir qui peut conduire au crime, et le cœur exercé par tous les sentiments apprend à plaindre l'infortune, à craindre la misère, à chérir la bienfaisance. Du régime des hôpitaux et des hospices dépend donc la sûreté et le repos de la commune »²⁰³. Dans un second temps, il dépeint un portrait relativement apocalyptique de la situation financière, patrimoniale et organisationnelle : des arriérés de dépenses représentant presque le budget annuel, des bâtiments en piteux état, la confusion des maladies et des âges, l'absence d'éducation pour les plus jeunes ou d'ouvrage pour les pensionnaires.

De là la nécessité de réformes profondes : dans la perception des arriérés de revenus

202 Suite à un arrêté qu'il avait pris dès le 18 nivôse an VIII (8 janvier 1800) « tous les duodis à deux heures, les administrateurs des hospices se rend[aient] chez le ministre pour travailler à organiser les hôpitaux de Paris » AN F¹⁵ 390, cité par Imbert 1954, p.234, note 38, alors que Chaptal dit avoir présidé en personne, au ministère, les premières séances du CGH : « Le Conseil général tenait une séance par semaine au ministère, sous ma présidence ; je crus cela nécessaire pour éviter les longueurs et les embarras qu'éprouve constamment une administration naissance [...] » Chaptal 1893, p.63.

203 Husson 1862, p.519.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

(essentiellement auprès du ministère de l'Intérieur), dans l'entretien du foncier et la perception des revenus afférents, et dans la gestion des établissements : une division stricte entre hospices, enfants trouvés et hôpitaux, ces derniers devant séparer « les maladies contagieuses de celles dont l'aspect révolte la vue ou inquiète l'imagination ; [réunir] des insensés dans le même lieu ; [établir] un traitement suivi pour la folie »²⁰⁴.

Il distingue ensuite quatre parties dans l'administration des hôpitaux : financière (régie des biens) ; économique (entretien, nourriture et traitement des administrés) ; morale (recherche des moyens de rendre les hôpitaux plus salubres, les hospices moins onéreux et plus utiles, l'éducation et l'instruction des élèves et des orphelins plus avantageuses pour eux-mêmes et pour la patrie) ; active enfin (exécution des mesures et direction du mouvement journalier). De cette analyse découle la principale proposition du préfet :

« Il faut surtout acquérir une force centrale aussi inaltérable dans ses éléments que la faiblesse humaine peut le permettre, autour de laquelle se meuvent tous les corps qui constituent cette grande machine ; qui, avec tous les moyens pour hâter leur action n'en ait aucun pour l'arrêter ; qui, dépositaire de la volonté déterminée, la défende contre toutes les influences ; qui, placée entre l'autorité supérieure qui doit tout décider, et l'autorité inférieure qui doit tout exécuter, voye l'une et l'autre changer d'agents sans que l'ordre et les projets dont elle aura la pensée en soient altérés, et périssent ou par le changement des individus ou par la contradiction des différents systèmes. Pour obtenir cette force, il faut que le présent prenne conseil du passé. [...] Il faut rendre aux hôpitaux ce Bureau paternel et municipal qui, inaccessible à l'intrigue comme à l'intérêt, ait pour garants les lumières, les vertus, la probité, et pour salaire l'estime, la gloire et le bien qu'il aura fait. Il faut [...] qu'une régie particulière ait l'administration des biens-fonds et des revenus ; qu'une entreprise générale soit chargée de toutes les fournitures, paiements d'employés et entretien des malades et des indigents, et qu'une Commission ait la direction du mouvement journalier et l'exécution de toutes les mesures préparées par le Bureau et ordonnées par l'autorité. »²⁰⁵

On a vu que depuis 1799, en partie à cause des tensions entre la commission et les

204 Husson 1862, p.521.

205 Husson 1862, p.522.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

personnels administratifs et médicaux, en partie pour tenter de faire des économies, les hôpitaux étaient passés au régime de l'entreprise. Frochot annonce dès 1800 que la situation est un pis aller, et qu'un retour à la gestion « paternelle » est souhaitable²⁰⁶. Elle n'est en revanche est pas envisageable dans un avenir proche, en raison notamment des fortes avances à faire, alors que les arriérés de paiement s'accumulent²⁰⁷.

Bref, « Le plan d'organisation des hôpitaux se réduirait donc à quatre établissements : 1° Un grand Bureau gratuit des pauvres ; 2° une Commission administrative ; 3° une Entreprise générale ; 4° une Régie administrative des biens »²⁰⁸, qu'il propose de financer par un prélèvement de six millions sur les neuf millions annuels de l'octroi, ce qui permettrait un équilibre budgétaire pérenne ainsi que de mettre des fonds en réserve pour réaliser les améliorations nécessaires et « rétablir, dans peu d'années, le régime paternel et domestique de la régie directe »²⁰⁹.

La proximité avec les *Réflexions* de Frerson²¹⁰ est manifeste : division des établissements selon leur population ; séparation de l'administration « patrimoniale », « économique » et « morale » (que Frerson appelle « surveillance intérieure ») ; nécessaire institution intermédiaire entre le Ministère et la Commission existante (que l'un nomme avec prémonition « conseil de surveillance » et l'autre avec nostalgie « Bureau des pauvres »). Frochot est sans nul doute la cheville ouvrière de la création du CGH : parce qu'il était préfet,

206 Point sur lequel nous reviendrons infra section 1.3.1.3.

207 « Les circonstances font donc une nécessité du régime des entreprises, et toutes les raisons d'ordre et d'économie demandent une entreprise générale. » Il va même plus loin : le principal problème de l'entreprise étant l'augmentation de la population secourue (les entrepreneurs étant payés au prix de journée, ils avaient tout intérêt à admettre le plus de monde possible), il convient d'après lui d'étendre le système *a maxima* (ce qu'il appelle « entreprise générale »), en confiant le plus de prérogatives possibles à un nombre aussi réduit que possible d'entrepreneurs pour bénéficier d'économies d'échelle et négocier par la suite des prix de journée à la baisse.

208 Husson 1862, p.524.

209 Husson 1862, p.525.

210 cf. supra p.58.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

il put emporter l'adhésion finale de Chaptal et des consuls. Cependant, son analyse et ses projets sont trop proches, à notre sens, de ceux de Frerson pour n'en être pas inspirés. Si Jean Imbert²¹¹ confère au préfet et au ministre de l'Intérieur la paternité du CGH, ce n'est probablement que parce que Frochot ne cite pas, dans le mémoire reproduit par Husson, les vues de Frerson²¹² et qu'il s'arroge, dans le discours prononcé pour l'installation du Conseil en février 1801²¹³, tout le crédit de sa création.

Il n'en reste pas moins que c'est suite à l'adoption du rapport du préfet par le conseil départemental que l'arrêté consulaire du 27 nivôse an IX²¹⁴ (17 janvier 1801) institue un Conseil Général d'Administration des Hospices Civils de Paris²¹⁵ de onze membres, possédant « la direction générale des hospices, il fixera le montant des dépenses et tout genre, l'état des recettes, réparations et améliorations ; [et] délibèrera sur tout ce qui intéresse le service des dits hospices, leur conservation et la gestion de leurs revenus » (art. V), la commission administrative, salariée (art. VIII), étant réduite à un rôle d'exécution : elle « administrera conformément aux arrêtés pris par le Conseil général et sera responsable de leur inexécution, ainsi que du défaut d'exactitude des agens et employés. » (art. VI).

Sans adopter de posture téléologique, il devenait difficile d'imaginer que la suite des

211 Imbert 1954, pp.234–235, de même pour Lanzac de Laborie 1908, pp.4–10 (auquel Imbert fait d'importants emprunts) ou Weiner 1993, pp.144 & sq. Il est plus étrange que G. Thuillier, dans ses articles sur Frerson, n'ait pas fait le rapprochement (Thuillier 1997b ; Thuillier 1997a ; Thuillier 1998).

212 Largement partagées, nous l'avons vu, par Montlinot et Barbier-Neuville, en charge des questions hospitalières au ministère.

213 Reproduit en Annexe III : « Dès long-tems j'avois su reconnaître l'impuissance de la volonté d'un seul homme, pour la remplir, cette tâche si belle et si difficile ; et c'est du sentiment de cette conviction qu'est né, pour moi, le desir (sic) de voir enfin se rétablir, pour les hôpitaux de la ville de Paris, cette association communale, ce bureau paternel, dont il y a plus de six mois j'ai donné la première idée. Qu'il me soit permis de m'applaudir devant vous, et à cause de vous, de l'avoir conçue cette idée, puisqu'elle a mérité d'être accueillie par un ministre aussi sage qu'éclairé »

214 Reproduit en Annexe I.

215 Le nom choisi par Frochot ayant probablement sonné trop « Ancien Régime » aux oreilles de Chaptal.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

évènements prît une tournure différente. La nouvelle entité avait été créée dans le but d'établir une gestion centralisée, plus efficace car dotée de plus de moyens humains, de l'assistance parisienne, sous l'influence directe du ministre de l'Intérieur. Restaient les secours à domicile. L'arrêté du 27 nivôse n'en disait rien bien qu'il fut en partie motivé par ce conflit de juridiction, la querelle devait donc durer. Pour preuve, un rapport daté du 28 nivôse an IX²¹⁶ de Barbier-Neuville faisant suite à une lettre du 12 où Dubois revient à la charge en évoquant l'ancienne organisation, et le fait que « très souvent la police a prévenu ou empêche des crimes par les secours donnés à des infortunés livrés au désespoir ». Rappelant que sa responsabilité est engagée sur les questions de maintien de l'ordre, il donne l'exemple de l'hiver précédent, quand un attroupement consécutif à une distribution de secours faite à l'hôtel du ministre de l'Intérieur produisit des dégâts. Barbier-Neuville répète l'idée de les rendre chacun administrateur-né d'un « Bureau général de Bienfaisance », et de rappeler que sous l'Ancien Régime le lieutenant de Police et le prévôt des Marchands étaient membres-nés des administrations de secours et d'hôpitaux²¹⁷. Le CGH avait manqué une partie de son objectif.

Deux semaines plus tard, l'arrêté du 13 pluviôse an IX (2 février 1801) devait y remédier en partie en proclamant membres-nés (i.e. membres de droit) les deux préfets²¹⁸, la présidence revenant au préfet de la Seine, qui était également investi de celle du comité général de bienfaisance (composé de délégués des 48 bureaux de bienfaisance)²¹⁹. Les prétentions du préfet de département sur la présidence du conseil nouvellement créé avaient été suggérées par Frochot lui-même dans une lettre du 9 pluviôse (29 janvier 1801) au ministre²²⁰, dans laquelle il se présente comme membre nécessaire, parce que l'arrêté du 27 nivôse ne lui donne

216 Qui avait dû être rédigé avant le 27, compte tenu de la suggestion de solution.

217 AN F¹⁵ 1863.

218 L'idée était présente dans les *Réflexions* de Frerson, pas dans le mémoire de Frochot.

219 Lanzac de Laborie 1908, p.8 .

220 AN F¹⁵ 1917.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

ni la surveillance, ni l'approbation des mesures administratives, qu'il serait difficile de les exercer sur « des citoyens administratifs nombreux composés d'hommes respectables », que l'arrêté n'avait pas en vue d'exclure le préfet de l'administration des hospices (ce serait le seul de France), et enfin et que c'est sa place comme maire général de Paris. Le préfet ne pouvant honorer toutes ces obligations, un arrêté du ministère de l'Intérieur du 8 floréal an IX (28 avril 1801) prévu l'élection par le CGH parmi ses membres d'un vice-président, remplaçant « le président du Conseil toutes les fois qu'il ne s'y trouve pas »²²¹.

Conséquence de la préférence donnée à son rival pour la direction du Conseil, Dubois « jamais [ne] voulut y assister, parce qu'il aurait été présidé par le préfet de la Seine, ce qu'il trouvait au-dessus de sa dignité »²²². Le préfet de département devait, à partir de ce moment, avoir la haute main sur l'assistance parisienne²²³. Poursuivant la logique à son terme, afin de « multiplier les secours avec une dépense moindre, en faisant une sage répartition des fonds qui leurs sont destinés, les secours donnés dans les hospices étant plus coûteux que ceux qui sont portés au domicile, [de] connoître l'état de chaque indigent, [pour] le secourir chez lui et empêcher qu'il ne vienne occuper un lit dans un hospice »²²⁴, deux arrêtés allaient compléter l'intégration du système : le 29 germinal an IX (19 avril 1801), l'administration générale des établissements de secours à domicile et du bureau des nourrices étaient rattachée aux attributions du CGH, le 3 fructidor an XI (24 août 1803) les services de l'Agence de secours étant fusionnés avec ceux de la commission administrative²²⁵.

221 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.4.

222 Pasquier, Histoire de mon temps : Mémoires du Chancelier Pasquier, Tome Premier, Paris, Plon, 1893, p.423, mentionné par Lanzac de Laborie 1908, p.9. Pasquier, nous l'avons dit, fut le successeur de Dubois à la préfecture de police.

223 « Le choix ministériel [de Frochot contre Dubois] devait avoir pour conséquence l'élimination de la seule autorité susceptible de contrebalancer celle du préfet de la Seine. ». « Se considérant comme évincés de l'assistance ordinaire, les préfets de police se borneront par la suite à réclamer à maintes reprises que leur soit au moins réservée la distribution des secours exceptionnels attribués aux chômeurs en temps de crise. » Duprat 1997, p. 96.

224 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, pp.3–4.

225 Imbert 1954, p.238.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

La première institution gérant l'ensemble des dispositifs d'assistance parisiens était née. Elle allait exercer ses pouvoirs jusqu'en 1848, à la fois sur les hôpitaux, les secours à domiciles et exercer « une influence souvent déterminante dans l'évolution des sociétés de bienfaisance parisiennes »²²⁶.

Le Conseil Général d'Administration des Hospices Civils de Paris était donc le fruit des idées de la Révolution, de la crise qui découla des décisions prises pendant celle-ci, et de la réaction thermidorienne. Projet avancé, ultimement, par le préfet de la Seine, mais qui bénéficiait de formulations antérieures et du soutien actif des services du ministère de l'Intérieur et du ministre lui-même. Le poids de Jean-Antoine Chaptal²²⁷ dans la création du CGH et la définition de ses objectifs nous semble très difficile à établir. Il est très convenu dans ses mémoires (publiés à titre posthume), et se contente pour l'essentiel de se réjouir des améliorations réalisées pendant son mandat. Cependant, il joua assurément un rôle important. Certes, Frerson avait envoyé la première version de son plan à Laplace quasiment un an avant la prise de fonction de Chaptal²²⁸, et Frochot avait soumis son projet au Conseil départemental peu de temps avant ou après la nomination de son ministre (la seule indication que nous ayons quant à la chronologie est qu'il fut présenté « à l'automne », mais l'arrêté, annulé, qui l'annonçait est du 8 septembre 1800, preuve que les projets de Frochot ne lui avaient pas été soufflés par le ministre de l'Intérieur), il n'en reste pas moins que Chaptal fut celui qui, en

226 Duprat 1997, p.90.

227 (1756-1832), il fait d'abord des études de médecine à Montpellier avant de se destiner à la chimie qu'il va étudier à Paris. Essentiellement connu pour ses applications de la chimie à des procédés industriels (production d'acide, chaptalisation), il est ministre de l'Intérieur de novembre 1800 à mai 1804 (il démissionne suite à la proclamation de l'Empire). Sénateur, puis pair de France, il est membre du CGH de 1818 à sa mort. Sur Chaptal, la seule biographie, quoique très datée, est Pigeire 1931, pp.319-342 notamment sur les hôpitaux et prisons. On pourra se reporter également à Flourens 1862 ; Chaptal 1893. Sur les relations entre science et industrie et la politique industrielle de l'empire on préférera Horn & M. C. Jacob 1998 à Elsa Bolado & Lluís Argemí 2005.

228 cf. supra note 176.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

deux mois et demi apporta une solution pérenne à un problème que les deux occupants antérieurs de son poste (S. Laplace et L. Bonaparte) n'avaient su résoudre, par la voie d'un arrêté consulaire que son prédécesseur avait précisément refusé²²⁹. On sait, en outre, que le ministre conféra *in fine* des pouvoirs au Conseil qui excédaient les projets du préfet, qui s'en plaindra dans une missive du 9 pluviôse an IX (29 janvier 1801)²³⁰ : dans le projet de l'automne 1800 présenté au département, c'est bien à la commission que revenait la partie « exécutive », le « Bureau » n'ayant la charge que de l'administration « morale »²³¹.

Il nous semble que Catherine Duprat fait erreur quand elle écrit qu'avec la création du CGH « son but [à Chaptal] n'est pas de coordonner les secours hospitaliers et ceux des bureaux de bienfaisance institués par la Révolution. En cet organe centralisateur, dérogoire aux règles communes des administrations d'assistance contemporaines, ce sont les fonctions et prérogatives des Grands Bureaux des Pauvres de l'Ancien Régime qu'il entend restaurer »²³². Ceci nous apparaît faux sous plusieurs rapports.

Premièrement, nous l'avons vu, l'institution est depuis longtemps en gestation dans les services ministériels, et ses dimensions les plus proches du Grand Bureau des pauvres tiennent plus à Frochot qu'à son ministre.

229 cf. supra p.66.

230 Lettre faisant suite à la nomination des premiers membres du CGH, postes desquels il a souhaité exclure les « fonctionnaires publics supérieurs tels que sénateurs, législateurs, tribuns ou conseillers d'État », parce que le Conseil est administrateur, et que la Commission Administrative exécutera ses arrêtés, et qu'il n'est pas judiciaire de nommer des fonctionnaires publics supérieurs « à des fonctions qui les constitueraient dans la dépendance administrative et qui les exposeraient aux chances de responsabilité ». Il rappelle alors que la situation aurait été différente « si le conseil d'administration des hospices, *au lieu d'être institué pour prendre des arrêtés, ne l'eut été que pour donner des avis*, ainsi que j'avais eu l'honneur de vous le proposer ». AN F¹⁵ 1917, les italiques sont de nous.

231 cf. supra p.68.

232 Duprat 1997, p.89.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

Deuxièmement, à l'inverse de C. Duprat, nous tendons à considérer que le CGH fut effectivement créé pour coordonner les secours à hospitaliers et les secours à domicile, c'est dans cette optique que ces derniers ont été enlevés au préfet de police, et rattachés au CGH, et ceci plusieurs mois après la fondation de l'institution. De ce point de vue, les propos de Duprat sont relativement incompréhensibles, à moins de s'arrêter à la désignation initiale prévue par Frochot : le Grand Bureau des pauvres ne dirigeait que deux établissements, le CGH – d'emblée – l'ensemble des établissements de la capitale ou presque²³³, sous une tutelle ministérielle dont l'étroitesse était inconnue du Grand Bureau des pauvres²³⁴.

Troisièmement et plus généralement, Françoise Dreyfus a exposé de façon convaincante que « les institutions qui semblent survivre aux bouleversements révolutionnaires n'empruntent que leur apparence formelle à celles du passé. L'essentiel, en effet, ne réside pas dans une forme : le sens que revêt une institution ne se laisse saisir que dans le contexte historique spécifique dans lequel elle est créée et se déploie »²³⁵. Or il est manifeste que les objectifs et les moyens du CGH n'étaient pas identiques à ceux du Grand Bureau des pauvres. Ils étaient beaucoup plus larges. D'autre part Chaptal n'est pas un partisan du retour aux solutions d'Ancien Régime. Ministre, mais aussi industriel et savant, Dominique Pestre en fait le « meilleur exemple » de la « liaison organique nouvelle entre savants, entrepreneurs, États et administrations » qui caractérise le début du XIX^e siècle²³⁶. Ardent modernisateur, à la tête de la fabrique de poudre de Grenelle en 1793, cofondateur de la Société pour l'Encouragement de l'Industrie Nationale (dont il fut président), Igor Moullier – tout comme J. Horn et M. Jacob – ont bien montré ses efforts constants pour développer originalement les arts,

233 cf. supra note 127.

234 Ce dont les membres du CGH se plaindront sous la plume de Pastoret. cf. infra p.139.

235 Françoise Dreyfus 2000, p.47. Dreyfus critique ici explicitement le Toqueville de *L'Ancien Régime et la Révolution*.

236 Pestre 2010, p.16.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

manufactures, et la mécanisation²³⁷. Surtout, sur les objets qui nous intéressent ici, il exprime clairement sa volonté – contre Barbier-Neuville – de tirer l'hôpital vers ses fonctions modernes : à la suite d'une visite à l'Hôtel-Dieu, « le plus important de tous et le plus mal tenu », il décide, dit-il, de transférer l'ensemble des aliénés à Charenton et Bicêtre, de créer un hôpital pour enfants malades, et de ne faire admettre à l'Hôtel-Dieu que des malades, sur constatation de leur état.

« Qui croirait que des mesures aussi sages éprouvèrent une grave opposition de la part de M. Barbier-Neuville, homme très instruit et très raisonnable ? Il m'observa que j'agissais contre l'institution fondamentale des Hôtels-Dieu, qui, par leur création, étaient destinés à admettre toutes sortes de malades, quelle que fût la maladie, sans distinction d'âge ni de sexe ; que je dénaturais ces établissements, que les familles des fondateurs réclameraient contre l'inexécution des volontés des fondateurs leurs ancêtres, etc., etc. Je répondis que ces observations étaient applicables aux Hôtels-Dieu dans les villes où il n'y avait qu'un hôpital, mais qu'à Paris, où il existait six à huit hôpitaux, et plusieurs dans lesquels on n'admettait que des maladies spéciales, ces observations n'avaient aucun fondement. »²³⁸

Le discours que Frochot prononça pour l'installation du CGH le 5 ventôse an IX (24 février 1801)²³⁹ reste le meilleur témoin des conceptions qui présidèrent à la création de l'institution et des fonctions que le ministre et le préfet voulaient la voir remplir. Il nous a donc paru nécessaire d'y revenir en détail.

Sans surprise, après des propos laudatifs à l'endroit des conseillers, et une présentation succincte des établissements dont ils auront la charge, le préfet commence l'exposé des travaux qui les attendent par la situation comptable, que l'on peut qualifier sans euphémisme de chaotique : aucun compte n'a été rendu depuis l'installation de la commission

237 cf. Moullier 2004, chap.7 ; Moullier 2004, pt.4 et Horn & M. C. Jacob 1998 respectivement.

238 Chaptal 1893, pp.61–62.

239 Frochot 1801, AAP 1204², dont on retrouve deux courts extraits dans Husson 1862, pp.525–526.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

administrative le 1er nivôse an V (21 décembre 1796), alors qu'ils sont essentiels à double titre : pour une meilleure perception des revenus, arriérés de créances et évaluation des biens à récupérer au titre de la loi de vendémiaire an V restituant les biens nationalisés ; et pour un meilleur contrôle des dépenses en évitant que les entrepreneurs imposent des prix de journées qui leur soient par trop favorables, etc²⁴⁰. Frochot va même jusqu'à estimer qu'une comptabilité bien tenue permettrait de recouvrer des actifs montant pratiquement au niveau des dettes à honorer (p.11).

Plus intéressantes sont les considérations qu'il développe sur « l'administration morale » – reprenant la terminologie qu'il avait déjà employée dans son rapport au département²⁴¹ – où il distingue trois types de « malheureux » (malades, indigents valides, enfants pauvres/orphelins) commandant trois types de prises en charge, dont il spécifie les principaux objectifs et moyens.

Aux premiers, les neufs hôpitaux de malades, pour lesquels il n'aborde que la question des « sur-séjours » : si les personnes « atteintes d'une maladie reconnue » mais trop pauvres ont droit à y être admis, « ce droit cesse avec la maladie qui le donne : ainsi, tout individu qui prolonge son séjour dans un hospice par-delà sa guérison, dérobe un bienfait à l'administration et une place à un malheureux ; sa présence surcharge indument (sic) le tableau des dépenses, change tous les calculs en erreurs, et rend infidèles tous les résultats si nécessaires à constater, relativement au nombre des malades, à la durée commune des maladies, ou même à la mortalité. » (p.12). Ceci suppose que les officiers de santé surveillent les ordres de sortie et que les admissions soient confiées à « des hommes à-la-fois assidus et instruits, non comme

240 AAP A-1204² pp.7-11.

241 cf. supra p.68.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

aujourd'hui, à de simples élèves » de façon à lutter contre « le pèlerinage d'hôpital en hôpital » (pp.13-14). Outre une éventuelle esquisse de ce qui deviendra le Bureau Central d'Admission²⁴², il faut noter ici l'intéressant mélange de considérations morales, économiques et médicales qui définit si bien l'institution hospitalière et sa médecine²⁴³ : prolonger les séjours au-delà de la durée nécessaire c'est tout à la fois spolier le pauvre, tromper l'administration et priver la médecine de saines comparaisons.

Une des « premières questions à résoudre », écrit-il, sera celle du nombre et de la destination des hôpitaux et leur adéquation avec les besoins et les moyens de la commune, ainsi que de l'ordre à y faire respecter en prenant comme parfait contre-exemple l'hôpital Saint-Louis (pp.15-17). Les conseillers s'y attelèrent effectivement avec les règlements d'admissions pour les hospices et les hospices de malades des 18 vendémiaire et 13 frimaire an X (10 octobre et 4 décembre 1801)²⁴⁴. Chose intéressante, quelques mois plus tard, la Commission Administrative, dans son rapport au CGH, prendra position sur ces questions en estimant que « Les hôpitaux de Paris sont en général suffisants aux besoins de cette vaste commune » et que Saint-Louis offre – toujours – un modèle de construction quant à la topographie et la distribution des services, qui « pourront servir de type pour l'organisation de tous les autres Hôpitaux »²⁴⁵.

Autre question qui selon le préfet demande une attention urgente : la confection d'un règlement uniforme du service de santé²⁴⁶ : « jusqu'à ce jour on a douté à qui appartenait le pouvoir de le faire, et en conséquence personne ne l'a tenté. Cet objet, pourtant, importe trop à la régénération des hôpitaux pour être ajourné plus long-tems ». L'objet n'en est pas seulement

242 cf. infra section 2.2.1.1.

243 cf. infra section 3.

244 cf. infra section 2.

245 Commission Administrative n.d., pp.24–25.

246 Dont le premier sera effectivement arrêté le 4 ventôse an X, cf. Annexe VI.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

une standardisation des pratiques propre à les rendre adéquates à leur cadre scientifico-administratif²⁴⁷, mais aussi la régulation des nominations aux postes hospitaliers, « dont la forme est actuellement toute arbitraire, et peu propre à encourager les jeunes élèves » (p.18).

Pour les seconds, les indigents valides, les hospices. Là encore, sans surprise, Frochot insiste sur le rétablissement de l'ordre – notamment à Bicêtre où les cabarets, cafés, etc. entretiennent les hommes dans la plus révoltante oisiveté – via le travail en atelier dont l'absence « est à-la-fois cause et effet de presque tous les désordres dont je viens de parler » (p.22). Aussi propose-t-il qu'au terme « hospice » soit substitué celui de « maison de travail » (p.20). Enfin, pour les enfants et leurs hospices, ce sont l'ordre (encore) et l'éducation qui font défaut. La principale mesure pour y pourvoir est ... de fixer « l'âge de l'admission et celui du renvoi » (p.24). Le CGH s'exécutera là encore en distinguant les lieux de prise en charge selon l'âge et en créant un « bureau de placement »²⁴⁸.

Et le préfet de conclure par un explicite exposé des fonctions attendues des institutions hospitalières :

« la science d'administration des hôpitaux est presque entièrement à créer. [...] Il est tems de donner à cette partie de l'administration publique la direction qui lui convient ; et à tous égards, c'est à la commune de Paris qu'il appartient d'en donner l'exemple²⁴⁹.

Plus les hospices sont nombreux, plus elle peut varier les essais ou les moyens d'amélioration, et plus aussi elle peut rassembler d'observations propres, non-seulement à fonder le véritable système d'administration des établissements de bienfaisance, mais encore à éclairer le gouvernement et la société toute entière sur les faits qu'il leur importe le plus de connaître. Qui ne conçoit, en effet, de quel intérêt il seroit pour le gouvernement et pour la société, un compte moral et politique, rendu annuellement par les administrateurs des dix-

247 Cf. infra section 3.1.2.

248 cf. infra section 2.2.2.1.

249 On notera ici l'appel fort de Frochot à une « science d'administration des hôpitaux », au moment où une nouvelle science – médicale celle-là – s'y implante et au moment même où apparaît, au milieu de la centralisation du Consulat et de l'Empire, la première « Science administrative » notamment sous la plume de Charles Bonin. cf. Legendre 1968, pp.5–6.

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

neufs hospices de Paris, où le relevé exact des feuilles de mouvement, le tableau annuel des entrées et des sorties, des convalescences et des décès, présenteroient des calculs positifs sur la durée commune des maladies, sur la plus ou moins grande mortalité ; qui apprendroit, par la comparaison, si un petit hôpital est préférable à un grand ; quelle doit être l'étendue, la position, la distribution de ces établissements ; quel danger peut résulter du mélange des maladies ; quelle saison, quelles circonstances les multiplient ; quelles précautions peuvent les prévenir ; quel régime peut les abrégé ; un compte enfin où l'on trouveroient un code d'instruction et un recueil d'observations propres à diriger les mesures générales relatives à la salubrité des habitations et à la conservation de l'espèce humaine » [...]

« C'est à vous, Citoyens, de réaliser les heureux effets que j'ai promis de votre institution ; c'est à vous de rendre nos établissements de bienfaisance communale plus secourables pour le malheur, plus favorables à l'industrie, plus utiles pour la société toute entière ; c'est à vous d'assurer leur prospérité par le retour de l'ordre dans tous les détails et de l'économie dans tous les moyens ; c'est à vous sur-tout de tourner au profit de la société, les talents distingués et nombreux qu'ils renferment, et d'en faire des lieux d'instruction où l'art de la médecine étende ses connoissances, et d'où il les répande sur le reste de l'Europe. »²⁵⁰

Ce paragraphe est essentiel, il est au cœur de notre démarche dans ce travail car on y voit posé clairement dès le départ les fonctions assignées à l'institution par le pouvoir central : répondre à des problèmes de santé publique dans une perspective de gestion de la force de travail ; exercer une saine et économique administration se réclamant de la science comme la médecine clinique dont elle devait dans le même temps – et « sur-tout » – favoriser le développement et l'étendue des connaissances.

Enfin, mentionnons que comme l'a écrit D. Weiner, en concluant sur la nécessité d'une « science d'administration des hôpitaux » Frochot soulignait « le fait bien connu qu'à l'étranger, spécialement en Angleterre et en Autriche, de grands progrès avaient été faits »²⁵¹.

Tirer toutes les conséquences de cette simple remarque amène à considérer que même à

250 AAP 1204² pp.28-31.

251 Weiner 1993, p.144 : « he concluded underlining the well-known fact that abroad, in England and Austria especially, great progress had been made. »

1.1.1 Une situation critique : un handicap et une chance.

adopter une position opposée à *La naissance de la clinique* de Foucault et très proche de celle de Keel dans *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe*, il reste que les questions d'administration hospitalière sont constitutives de la médecine clinique : qu'elle soit effectivement née à Paris en ce début de XIX^e siècle ou à Vienne et au Royaume-Uni un demi-siècle auparavant, elle reste accompagnée d'une attention accrue aux dimensions gestionnaires de son lieu d'exercice.

Le CGH fut donc une institution longuement et fermement souhaitée par le pouvoir central, qui trouve ses racines non pas seulement dans la volonté d'un homme – Frochot, premier préfet de la Seine – mais bien dans une politique étatique. Par ses arbitrages entre les prétentions du préfet de département et de police, en créant une institution dérogoire au droit spécifiquement pour la capitale, en lui confiant en l'espace de quelques mois la direction des enfants abandonnés et surtout des secours à domicile, l'objectif du pouvoir était clairement de mettre fin aux complexités et désordres de la période révolutionnaire et de gérer au plus près, de façon centralisée, l'ensemble des systèmes d'assistance dédiés à la remuante population parisienne. Administration efficace dans la distribution des ressources destinées à l'indigence, le CGH devait également fournir un modèle d'administration rationnelle, promouvant une dimension plus moderne de l'hôpital : source d'information sur la population et de développement de la connaissance médicale, comme en témoigne le discours de Frochot. La clinique devait s'en trouver encouragée, et l'État devait y trouver un point d'appui dans le développement de ses débuts de politique publique de santé. Quelle forme prit une institution aux objectifs si larges, et au passif si pesant ?

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

1.1.2.1 Organigramme

Si Max Weber a défini la bureaucratie essentiellement par ses agents, les fonctionnaires²⁵², il la comprend comme l'idéal-type de la domination légale, qu'il définit cette fois par son mode d'exercice du pouvoir²⁵³. Nous ne reviendrons naturellement pas en détail sur ces très célèbres analyses²⁵⁴, on se contentera de reprendre ici les catégories fondamentales de cette domination rationnelle pour faire apparaître ensuite dans quelle mesure le type d'activité du CGH y correspond. Celles-ci sont au nombre de sept, que l'on peut résumer à l'édition de règles écrites (qu'elles soient règles techniques ou normes) dans un champ de compétence défini, avec des moyens d'exécution délimités²⁵⁵, au sein d'une hiérarchie (i.e. « l'organisation d'autorités précises de contrôle et de surveillance »), les moyens d'administration n'appartenant pas en propre à leurs commanditaires, non plus que leur poste.

Que le CGH exerça ses prérogatives en éditant des normes écrites ne fait guère de doute : les 117 052 arrêtés pris pendant tout sa période d'exercice en attestent suffisamment. L'objet de cette section et de la suivante est précisément d'exposer son champ de compétence et sa hiérarchie²⁵⁶. Examinons maintenant l'organisation de l'institution, dont voici l'organigramme tel qu'il fut arrêté en l'an XIV :

252 Weber 1995 [1921], pp.294–295: « le type pur de l'administration légale : la direction administrative bureaucratique. »

253 Weber 1995 [1921], pp.291–294, en particulier pp. 292-293 pour les catégories fondamentales de la domination rationnelle.

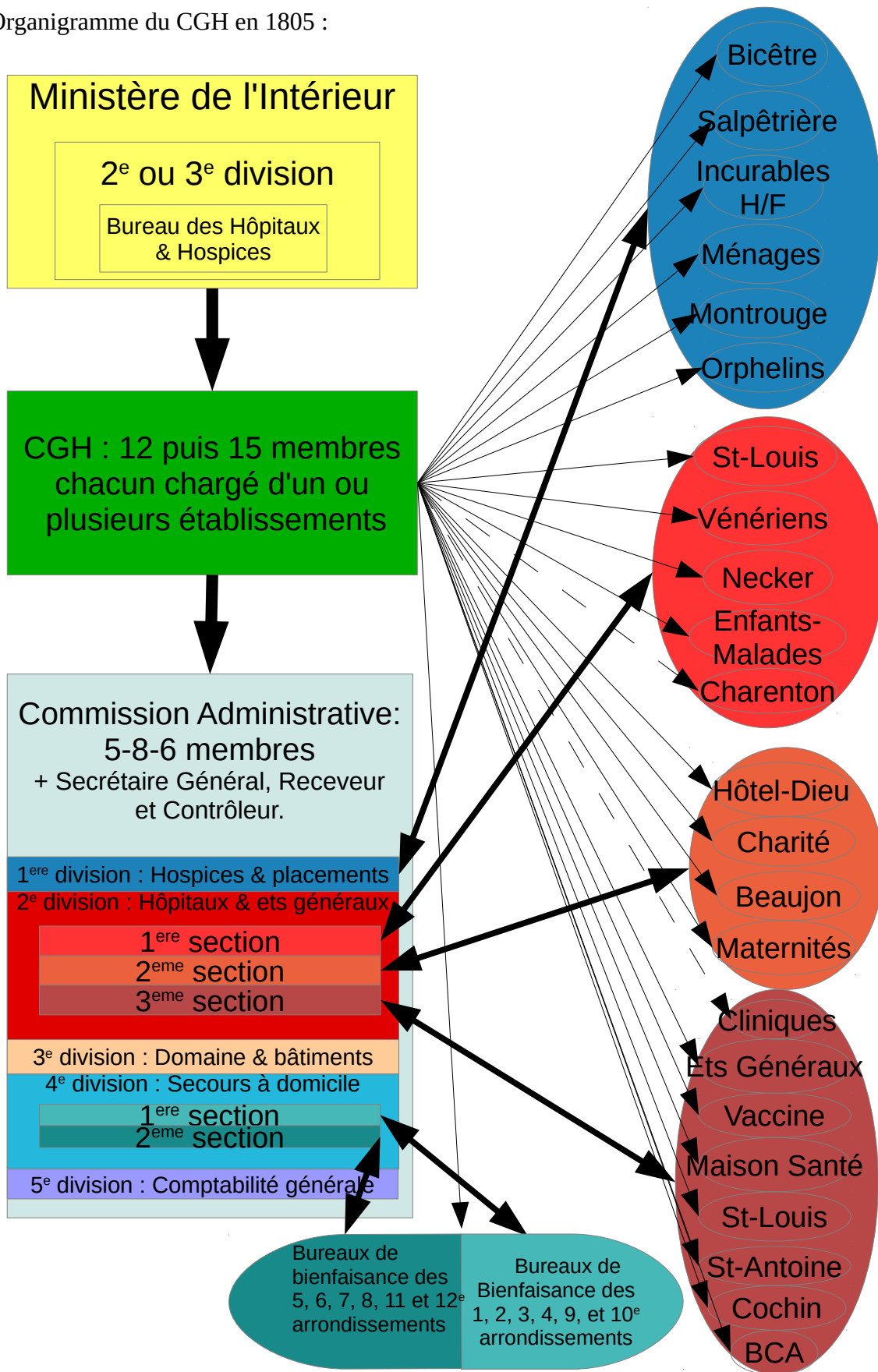
254 Dont nous examinerons un aspect particulier plus loin section 3.1.2.1.

255 Caractérisant ce qu'il appelle une « autorité constituée ».

256 Bureaucratie, le CGH le fut aussi dans son acception plus vernaculaire, comme dérive du système décrit par Weber, et étudié par Crozier 1971 : multiplication et redondance des procédures et échanges écrits, lenteur, complexification inutile et inefficace. cf. infra p.130.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

Organigramme du CGH en 1805 :



1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

Nous l'avons dit, le CGH vient simplement « coiffer » la commission administrative existante depuis 1791 à Paris et 1796 sur l'ensemble du territoire. Le CGH qui, outre les deux préfets, compte initialement douze membres puis quinze à partir de 1818²⁵⁷ a, au titre de l'arrêté consulaire l'établissant, la totale direction des hôpitaux et hospices de la ville. Il fixe « le montant des dépenses de tout genre, l'état des recettes, réparations et améliorations ; enfin, il [délibère] sur tout ce qui intéresse le service desdits Hospices, leur conservation et la gestion de leurs revenus » (art.5). Il fixe ainsi, « sous l'autorité du Ministre de l'intérieur, le nombre des malades et indigens à recevoir dans chaque hospice, le nombre et le traitement des employés de ses bureaux, et de ceux de la commission et des agents et employés dans l'intérieur de ces établissements »²⁵⁸ et, après la réunion avec l'agence des secours à domicile, l'affectation, la gestion et la division des travaux des agents de la commission administrative et de l'agence de secours²⁵⁹.

La commission administrative, composée au départ de cinq membres comme toutes les autres (à la différence que ceux de Paris sont salariés, avec un traitement annuel de 6000F²⁶⁰), voit le nombre de ses membres porté à huit après la réunion avec l'agence des secours en 1802, puis réduit à six après 1816²⁶¹ : la moitié sont affectés aux deux premières divisions (hospices, hôpitaux et établissements généraux, i.e. pharmacie et boulangerie centrales, puis, à partir de 1816, cave générale), les trois autres à une des troisième, quatrième, et cinquième divisions. Si deux agents de la Commission Administrative assistent aux séances du Conseil et

257 cf. infra section 1.1.2.4.

258 Arrêté du Ministre de l'intérieur du 8 floréal an IX (28 avril 1801), Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.5.

259 Arrêté du Ministre de l'intérieur du 8 prairial an X (28 mai 1802), Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.6.

260 Ce qui les place dans le haut de la fonction publique, au-dessus d'un sous-préfet par exemple, cf. Duprat 1997, p.92. Le traitement des commissaires des première et deuxième divisions fut augmenté de 1600F en 1811 en raison de leurs frais de voiture.

261 Outre le receveur qui exécute les comptes en recette et dépense et le contrôleur exerçant une vérification *a posteriori*.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

y ont voix consultative²⁶², ils lui sont totalement subordonnés. Responsables devant le CGH, ils lui rendent compte de l'exécution de ses arrêtés et directives ainsi que du service des employés : « les membres de la Commission et de l'agence seront essentiellement et uniquement chargés de l'exécution des mesures arrêtées par le Conseil général et par les membres chargés de la surveillance (*des établissements*) [...] La Commission administrative, conformément aux arrêtés pris par le Conseil général, sera responsable de leur inexécution, ainsi que du défaut d'exactitude des agents et employés »²⁶³. Jean-Paul Martineaud a raison d'écrire que le CGH était à la fois héritier de l'Hôtel-Dieu, du Grand Bureau des Pauvres et de l'Hôpital Général. Par contre, on ne peut souscrire à ses propos quand il avance – sans les étayer – que la Commission Administrative était théoriquement réduite à un organe d'exécution, mais que « en pratique, constituée de fonctionnaires permanents et compétents, elle allait prendre progressivement le pouvoir au sein de l'administration réalisant une direction collégiale »²⁶⁴. *A contrario* on suivra J. Imbert et surtout C. Duprat pour laquelle avec la création du CGH, « Se trouvaient [...] disjointes les fonctions de délibération et de décision, désormais réservées au Conseil et les tâches d'exécution, toujours imparties à la Commission administrative » dont les membres, en sus des dispositions réglementaires, se trouvaient maintenus par « leur statut de salarié, leur mode de recrutement – sur proposition du Conseil – et le rang social des dignitaires composant le Conseil [...] dans une position de dépendance et de subordination »²⁶⁵.

262 Puis furent admis avec voix consultative tous les membres de la commission administrative concernés par l'ordre du jour. Arrêté du ministre de l'Intérieur du 6 fructidor an XI (24 août 1803), cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, pp.19–20.

263 Arrêtés du Ministre de l'Intérieur du 6 fructidor an XI (24 août 1803) et 27 nivôse an IX (17 janvier 1801) respectivement, Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.20.

264 Martineaud & Cordier 2002, p.164.

265 Duprat 1997, pp.91–92.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

Le Conseil se réunissait une fois par semaine, le mercredi – sauf réunions exceptionnelles sur un ordre du jour particulier, comme la réforme du Règlement du service de santé en 1830 qui suscita une dizaine de séances extraordinaires. Bien que le Conseil ait été un organisme collégial²⁶⁶, à partir du 14 nivôse an X (4 janvier 1802)²⁶⁷ chaque conseiller reçut la surveillance particulière d'un ou plusieurs établissements – le terme recouvrant à la fois chacun des hôpitaux, hospices, et établissements généraux, les bureaux de bienfaisance (en indivisibilité), mais aussi le contentieux, la comptabilité, etc. Ces attributions varient trop pour que l'on puisse les représenter simplement, mais elles sont en général modulées par la taille de l'établissement : Bicêtre ou la Salpêtrière sont par exemple souvent la seule surveillance dévolue au conseiller en ayant la charge. Réciproquement, plusieurs conseillers peuvent avoir la responsabilité d'un même établissement (il en va fréquemment ainsi pour le contentieux)²⁶⁸. Il est difficile de déceler la façon dont la distribution était pratiquée entre les conseillers. Tout au plus peut-on remarquer que la surveillance de la pharmacie centrale fut dévolue à Parmentier pendant les années de sa présence, et que le service de santé et le Bureau Central d'Admission, qui bénéficièrent d'une attention particulière à partir de 1818, se virent confiés au médecin membre du CGH (Portal puis Orfila).

Les travaux de la commission administrative furent également divisés. L'organigramme ci-

266 Si bien que devant la masse des arrêtés qu'il vote, ceux-ci finissent par n'être plus signés vers 1808.

267 Imbert 1954, p.239.

268 À titre d'exemple, de 1820 à 1823, d'Aguesseau était en charge de Necker ; Barbé Marbois de l'Hôtel-Dieu et de la comptabilité ; Bigot de Préameneu des Ménages ; Camet de la Bonardière du secrétariat, des domaines, des Enfants-Trouvés, de la Maison d'Accouchement, de Cochin et des Bureaux de Charité ; Chaptal des Vénériens, de la filature et de la pharmacie centrale ; Delessert de la comptabilité et de la Maison Royale de Santé ; Doudeauville de Montrouge, des Enfants-Malades et la Pitié ; de Montmorency de Sainte-Périne et de Saint-Louis ; Murair de contentieux et de Beaujon ; Pastoret des Secours à domicile et de la Salpêtrière ; Péan de Saint-Gilles des nourrices, des maisons urbaines et des biens ruraux ; Richard d'Aubigny de Bicêtre ; la Rochefoucauld de Saint-Antoine, des Incurables Hommes et Incurables Femmes, de la boulangerie et de la pharmacie centrale ; Séguier de la Charité et des Orphelins ; Portal du service de santé et du Bureau Central d'Admission. cf. Testu 1815.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

dessus présente l'organisation des bureaux telle qu'elle fut décidée en l'an XIV²⁶⁹. Au secrétaire général revenaient la rédaction des procès-verbaux des séances du Conseil et de ses arrêtés, la remise de ces derniers au préfet dans les 24 heures, l'envoi aux cinq divisions et aux contrôleurs, receveurs, etc. des arrêtés les concernant, ainsi que le classement des pièces remises au Conseil, la correspondance et les archives, et la passation des marchés pour l'approvisionnement. Les deux premières divisions, pour les établissements qui leur revenaient, avaient la charge des demandes d'emploi, la police et le régime intérieur, les marchés, la correspondance, l'envoi des pièces de dépenses aux ordonnateurs, la copie et l'expédition des arrêtés les concernant aux agents et économes, la tenue d'un registre par établissement contenant les décisions des membres du CGH en ayant la surveillance. En sus, la première division avait la main sur les admissions dans les hospices et les demandes de pension représentative, et la troisième section de la seconde division sur le service de santé, les rapports sur les nominations aux postes de médecins, chirurgiens et pharmaciens, les concours des élèves en médecine, chirurgie et pharmacie ainsi que des sages-femmes. Il faut noter que les agrégats d'établissements relevant des première et seconde divisions furent sensiblement bouleversés en 1814-1815 quand la troisième section de la seconde division disparut : la première division, toujours confiée à Desportes, dut s'occuper, en sus des hospices, de l'Hôtel-Dieu, Beaujon, la Pitié et son amphithéâtre, de la Boulangerie générale, la première section de la seconde division, confiée à Duchanoy, du service de santé, du Bureau Central d'Admission et de la Pharmacie Centrale ; et la seconde section de la seconde division, à la tête de laquelle se trouvait Pélégot de la Charité, Saint-Antoine, Necker, Cochin, Saint-Louis, Vénériens, Enfants, Maison d'Accouchement, Enfants-Trouvés, Orphelins, Direction des Nourrices, Maison de Vaccine, Maison Royale de Santé et Cave générale²⁷⁰.

269 cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1818, vol.IV.

270 cf. Testu 1815 ; Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, pp.21-22. En 1814, pour faire des économies, c'est l'administration des domaines qui est remise au secrétariat général (à

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

Ultimement, au bout de la chaîne hiérarchique un « agent de surveillance »²⁷¹ était à la tête de chaque hôpital ou hospice, secondé par un nombre variable de personnels administratifs (receveurs, économes, commis, etc.) en fonction de la taille de l'établissement.

Les devoirs des trois autres divisions n'appellent pas de précision particulières, si ce n'est que la troisième était en charge – outre des affaires relatives aux propriétés immobilières – des pensions pour ancienneté de service, de la tutelle des enfants abandonnés et des legs faits aux hospices ; et que la cinquième division devait à la fois anticiper les dépenses futures en fournissant un budget prévisionnel six mois avant le début de chaque exercice et apurer les comptes en suivant « les arriérés, réclamations et soldes de créances antérieurs à l'an XIV. »

Quels que soient les réagencements pratiqués dans la distribution des établissements, il apparaît clairement que les hôpitaux et hospices se trouvaient sous une double tutelle. C'était là un effet du mode d'organisation qui voulait que « le membre du Conseil et le membre la Commission administrative qui donnent leurs soins à la même maison, confèrent d'abord entre eux sur le service de cette maison ; ils préparent de concert, les propositions à porter au Conseil, lequel prononce et fait exécuter par la Commission »²⁷² : les séances hebdomadaires laissent peu de place à la discussion, l'essentiel du travail se fait en amont, entre les conseillers

l'exception des attributions, remises à la division de la comptabilité), suite à la démission de Dupont de Nemours de l'agence des secours (il avait été nommé conseiller d'État) et à la vente de la plus grande partie des maisons urbaines qui composaient le revenu des hospices, « ce [qui] diminue considérablement le travail du bureau des domaines ». Selon Barbier-Neuville, qui approuve la mesure, celle-ci pourrait permettre de gagner 7 à 8 000F par an. Arr. CGH 15266 du 6 juillet 1814, AN F¹⁵ 1922.

271 Équivalent de directeur. Un certain nombre d'entre eux, notamment pendant la Révolution, ne furent pas cantonnés à une activité d'exécution pure et eurent une influence importante sur la destinée de leurs établissements. C'est le cas de par exemple Hombron, auquel on fait crédit de la création de la Maternité. cf. Weiner 1985 ; Beauvalet-Boutouyrie 1999, pp.59–63.

272 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.19, cité par Imbert 1954, p.239.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

et les commissaires²⁷³, et entre les commissaires et les agents de surveillance²⁷⁴. L'exécution des arrêtés – assurée par les commissaires – est redoublée par la surveillance directe des conseillers, que ce soit par des visites²⁷⁵, des correspondances directes, la présentation de rapports, etc. Enfin, à l'égard des secours à domicile, « les textes distinguent un pouvoir de *direction* des maisons hospitalières [...], mais d'*inspection* seulement des établissements de Secours à domicile et du Bureau des nourrices [...]²⁷⁶. En fait, il apparaîtra [...] que jusqu'à la date de 1831, c'est bien une double direction qu'il n'a cessé d'exercer »²⁷⁷.

Chaîne hiérarchique stricte, distinction entre les fonctions délibératives et exécutives, impersonnalité des règles, centralisation de la décision et redondance des contrôles et de la surveillance : le Conseil Général présente les caractéristiques d'une institution bureaucratique, tels que définit par Max Weber ou Michel Crozier²⁷⁸.

1.1.2.2 Composition initiale

Selon la procédure de nomination qui avait logiquement découlé de l'arrêté du 27 nivôse, et

273 cf. par exemple les fragments de correspondance qui nous sont restés entre la Rochefoucauld, conseiller, et Pélégot, commissaire à la tête de la deuxième section de la deuxième division dans AAP 83 FOSS.

274 cf. par ex. AAP L1 Registre de correspondance Hôtel-Dieu ou AAP L1 Registre de correspondance Saint-Louis entre le même Pélégot et l'agent de surveillance de Saint-Louis.

275 Dont Chaptal avait voulu que les membres du CGH s'acquittent « aussi souvent que leur permettront les autres fonctions qui leur sont attribuées. » Arrêté du ministre de l'Intérieur du 28 vendémiaire an X (20 octobre 1801), Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.6. Exercice certainement prenant, et parfois plus périlleux que supposé : c'est à l'une d'elle, dans l'hôpital temporaire de Courbevoie pendant l'épidémie de typhus de 1814 (cf. infra pp.171 & sq.), que « l'on a lieu même de penser [...] que M. *Trutat* [membre du CGH de 1811 à 1814] a pris le germe de la maladie qui l'a enlevé en peu de jours. » Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.21.

276 C'est effectivement en ces termes différents que sont formulés les arrêtés du 27 nivôse an IX créant le CGH et du 29 germinal an IX qui lui réunit l'Agence des secours et le Bureau des nourrices. cf. Annexes I et II.

277 Duprat 1997, p.93.

278 cf. supra p.27, pp.82 & sq. et Crozier 1971, p.229.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

vue la préférence donnée au préfet de département par le ministère de l'Intérieur²⁷⁹, il revenait à Nicolas Frochot de proposer la liste des membres de la toute nouvelle institution. Ce qu'il fit le 9 pluviôse an IX (29 janvier 1801)²⁸⁰. Or, nous avons vu que les idées du préfet et de son ministre de tutelle sur le type de recrutement et au-delà sur les finalités de l'institution étaient sensiblement divergentes²⁸¹. Catherine Duprat a bien vu que « sous la plume de Chaptal plusieurs références à l'expérience des affaires publiques et à de hautes compétences semblaient plutôt désigner des notabilités de niveau national »²⁸². Elle reprend le rapport de Montlinot précédemment cité²⁸³, mais partialement : si les membres du CGH « doivent être pris dans les classes aisées de la société », ce n'est pas seulement pour des questions de compétence commandant qu'ils soient « choisis là où se trouvent réunies les connaissances en administration et en économie politique et [...] soient entourés de toute la force de l'opinion », c'est aussi, et Duprat ne le dit pas, pour que l'on sache que les secours sont le fait du gouvernement, et non de quelques bienfaiteurs locaux. *A contrario* Frochot souhaitait des nominations municipales, pour deux raisons. Premièrement, dit-il, pour ne pas nommer des fonctionnaires publics supérieurs²⁸⁴ « à des fonctions qui les constitueraient dans la dépendance administrative et qui les exposeraient aux chances de responsabilité », la Commission Administrative étant chargée de l'exécution de leurs décisions. Deuxièmement, « ce sont les hospices de Paris qu'il est question d'administrer, et c'est une nomination vraiment communale qu'il s'agit de faire », caractère que n'aurait pas la nomination de hauts fonctionnaires²⁸⁵. On peut éventuellement ajouter une troisième raison, que le préfet ne mentionne pas : s'assurer de son autorité sur le Conseil, qu'il devait présider.

279 cf. supra section 1.1.1.3.

280 AN F¹⁵ 1917.

281 cf. supra p.74.

282 Duprat 1997, p.96.

283 AN F¹⁵ 1863, cf. supra p.65.

284 Tels que « sénateurs, législateurs, tribuns ou conseillers d'État ».

285 AN F¹⁵ 1917.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

Établie « religieusement » par Frochot²⁸⁶, les treize membres de la liste initiale « semblent porter leur recommandation dans leurs noms mêmes », dit-il. « Probité, lumières, mœurs respectables, réputation acquise dès longtemps, tels sont les gages que ces hommes offrent à la confiance publique et à la vôtre ». Y figurent, dans cet ordre et avec les mentions de ces qualités :

1. Fieffé²⁸⁷, ancien administrateur du département et maire du VIII^e arrondissement.
2. Larochehoucauld-Liancourt²⁸⁸, ex-constituant et auteur de plusieurs ouvrages sur les établissements d'humanité.
3. Mathieu de Montmorency²⁸⁹, ex-constituant et administrateur gratuit des établissements de bienfaisance.
4. Mourgues²⁹⁰, ex-ministre de l'intérieur.

286 Qui modifie également la composition de la Commission Administrative, au motif que ses pouvoirs seront différents, et exige des qualités différentes. Il dit ne vouloir sanctionner personne, mais faire valoir les qualités des nouveaux nommés.

287 Éloi-Charles Fieffé (1740-1807) : Notaire, administrateur du département de la Seine qu'il représenta au corps législatif de l'an XI à 1807 (désigné par le sénat conservateur). cf. Robert, Bourlonton & Cougny 1891.

288 François-Alexandre-Frédéric, duc de Liancourt puis duc de la Rochefoucauld-Liancourt (1747-1827) : Un des parangons de la philanthropie française, avec Gérando. Après des débuts comme militaire, son père lui transmet sa charge de grand-maître de la garde-robe du roi. Peu courtisan, Paris l'ennuie et il se consacre à ses terres de Liancourt en Beauvaisis où il y établit une ferme modèle. Ami de Louis XVI, il fut libéral à l'Assemblée Constituante, s'opposa aux lois contre les émigrés, et dirigea le Comité de Mendicité. Il proposa une solution de repli au roi quelques jours avant le 10 août 1792, qui fut refusée, et dut émigrer. À son retour en France en 1799 il s'occupa de diffuser la vaccination. En 1815 il se préoccupe d'instruction, et est l'un des premiers à s'intéresser à la méthode de l'enseignement mutuel. C'est un des premiers élus du conseil d'administration de la Société pour l'instruction élémentaire, dont il fut président. Entre temps, le succès de sa ferme le poussa à créer une école d'arts et métiers à Compiègne. En 1814 Louis XVIII ne lui rend pas les charges auxquelles ils pouvaient prétendre, et le nomme en compensation Pair de France, où il siégeait dans l'opposition. Fondateur en 1818 de la caisse d'épargne et de prévoyance de Paris (première caisse d'épargne), il pâtit en 1823 de l'hostilité du roi et son opposition aux ultras : le pouvoir voulut réformer et placer les siens au Conseil général des prisons dont il s'occupait, ainsi que dans d'autres sociétés de bienfaisances. Liancourt envoya sa démission motivée. Il recevait quelques jours plus tard une lettre du ministre de l'Intérieur Corbière le relevant de toutes ses fonctions charitables. Toujours pair de France, il fut ensuite appelé par l'Académie des Sciences, et nommé membre de la commission de l'Académie de Médecine remplaçant le comité de vaccine, et poursuivit ses activités charitables. La littérature sur Liancourt est importante, on s'est ici servi de Buisson 1911 ; Ferdinand Dreyfus 1903.

289 Mathieu-Jean-Félicité de Montmorency-Laval (1767-1826) : Fils de militaire, il prit part à la guerre d'Indépendance américaine. Député de la noblesse aux États généraux, émule de Sieyès il choisit de siéger avec le Tiers état. Émigré en Suisse en 1791 chez Mme de Staël, il rentra en France à la chute de Robespierre, où il fut arrêté puis relâché. Peu impliqué dans la politique sous l'Empire, il repartit avec Mme de Staël en 1811, fit tout son possible pour s'attacher alors la faveur des Bourbons. Ami de Louis XVIII, il fut fait pair de France en 1815 où il siégeait avec les ultras, ministre des Affaires étrangères en 1821-1822, puis ministre d'État. Élu membre de l'Académie en 1825 en remplacement du comte Bigot de Préameneu, il fut finalement membre du Conseil Général des Hospices de 1814 à 1827. cf. Robert, Bourlonton & Cougny 1891.

290 Jacques-Antoine Mourgue ou Mourgues (1734-1818) : Directeur des travaux du port de Cherbourg quand la Révolution éclate, brièvement ministre de l'Intérieur en 1792 (via l'entremise de Dumouriez, commandant de Cherbourg). Après sa démission, il resta en dehors de la vie politique et se consacra à l'administration du Mont-de-Piété et des Hospices, où il resta en fonction jusqu'à sa mort. Il conçut un plan de caisse de prévoyance, dont il présenta le plan au CGH, et un essai de statistique démographique. Robert, Bourlonton & Cougny 1891.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

5. Camus²⁹¹, archiviste et ancien membre de l'Assemblée Nationale.
6. Parmentier²⁹², membre de l'institut et président du Bureau Central de Bienfaisance.
7. Delessert²⁹³, banquier, président du comité de bienfaisance de la division du Mail.
8. Bigot de Préameneu²⁹⁴, commissaire du gouvernement près le tribunal de cassation.
9. D'Aguesseau²⁹⁵, président du tribunal d'appel.
10. Thouret²⁹⁶, directeur de l'école de médecine.
11. Duquesnoy²⁹⁷, ex-constituant, maire du X^e arrondissement et administrateur de la commission gratuite des aveugles et sourds-muets.²⁹⁸

291 Armand-Gaston Camus (1740-1804) : Avocat, il est élu député du Tiers-État de la ville de Paris. Nommé archiviste à la Commission des archives en 1789, il est à l'origine des Archives nationales. Révolutionnaire convaincu, il vote la constitution civile du clergé et la suppression des titres de noblesse. Élu à la Convention, favorable à la mort du roi, il est nommé au comité de salut public. Envoyé comme commissaire auprès de l'armée du Nord, Dumouriez le fait arrêter en 1793. Il sera échangé avec ses collègues en 1795 contre la fille de Louis XVI. Élu au Conseil des Cinq-Cents, il œuvra en particulier dans le domaine financier, sans pour autant accepter le ministère des Finances et de la Police qu'on lui propose. Opposé au consulat, il est quand même maintenu à sa place d'archiviste. Il fut membre du Conseil Général des Hospices de 1801 à 1802.

292 Antoine-Augustin Parmentier (1737-1813) : pharmacien, agronome, nutritionniste et hygiéniste. Pharmacien des armées, il s'est rendu célèbre par ses travaux sur la pomme de terre dans les années 1770 (malgré une interdiction de culture de 1748), qu'il contribue à répandre dans les campagnes françaises, bien qu'il ait également réalisé des travaux d'importance sur les sucres de raisin, le maïs, l'opium, etc. D'abord suspect sous la Révolution, il revient vite en grâce (nomination à l'Académie des sciences en 1795, Inspecteur général du service de santé de 1796 à 1813, où il fait adopter la vaccination). Premier président de la société de pharmacie de Paris en 1803, il fut élu président du conseil de salubrité de la Seine en 1807. La principale biographie sur Parmentier est Muratori-Philip 2006.

293 Jules-Paul-Benjamin Delessert, baron de (1773-1847) : Issu d'une famille protestante, son père était banquier. Parti au Royaume-Uni en 1784 (il y suit les leçons de Smith à Edimbourg et de Watt à Birmingham), il rentre en France à la Révolution. Il s'engage en 1790 dans la garde nationale puis fait l'école d'artillerie de Meulan dont il sort en 1793. Il participe à la campagne de Belgique, mais revient à Paris à la mort de son frère pour reprendre les affaires paternelles en 1795. Élu maire du 3^e arrondissement en 1800, il crée en 1801 une filature de coton et une raffinerie de sucre à Passy (dont l'importance ira croissant, blocus oblige) où il obtient en 1806 le premier sucre de Betterave bien cristallisé (en partie sur les conseils de Parmentier), ce qui lui valut la légion d'honneur et le titre de baron d'Empire en 1812. Connu comme fondateur de la Banque de France, il en est nommé Régent en 1802 et membre de la chambre de commerce en 1804. Associé libre de l'Académie des Sciences en 1816, il est élu en 1817 député de la Seine où il siège dans l'opposition constitutionnelle. Conseiller général de la Seine en 1818 il popularise cette même année l'idée des caisses d'épargne. Il fut élu député quasiment sans discontinuer jusqu'en 1842 (de Paris puis du Maine-et-Loire). Extrêmement riche, il fut bienfaiteur de nombre de sociétés philanthropiques. cf. Robert, Bourloton & Cougny 1891 ; Tric 1993, et pour les aspects qui nous occupent ici, Tric 1996.

294 Félix-Julien-Jean Bigot de Préameneu (1747-1825) : fils d'avocat, il commence ses études au séminaire avant de devenir juriste. D'abord avocat au parlement de Rennes, puis docteur en droit (1768), il acheta une charge de conseiller. Passé avocat au barreau de Paris, modérément révolutionnaire, il joua le jeu des nouvelles institutions et fut élu au tribunal du 4^e arrondissement de la Seine en 1790, puis député de la Seine à la Législative. Il s'y montra favorable à la monarchie (pour la sanction royale, en défaveur des mesures confiscatoires des biens des émigrés, défenseur des prêtres réfractaires). Il se cacha donc pendant la Terreur et reparut après le 18 brumaire, soutenant Napoléon, qui le nomma commissaire du gouvernement près du tribunal de cassation et conseiller d'État. Il contribua (avec d'autres, dont Portalis) à la rédaction des nouveaux codes (civil, pénal, etc.). Napoléon le fit Comte d'Empire et officier de la Légion d'honneur, puis ministre des cultes en 1808, poste auquel il se contenta d'appliquer les directives de l'Empereur. Il fut déchu de tous ses titres en 1815 (mais restera, après une interruption de quelques années, Membre du CGH, et d'ailleurs un des plus actifs jusqu'à sa mort, ainsi que membre de l'institut. Cf. Robert, Bourloton & Cougny 1891 ; Lentz 1999.

295 En fait Henri-Cardin-Jean-Baptiste d'Aguesseau (1747-1826) : issu d'une grande famille noble de grands commis de l'État. Il débuta comme avocat du Roi au Châtelet de Paris, et fini en une dizaine d'années grand-

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

La Rochefoucauld et de Mathieu de Montmorency démissionneront les 5 et 6 ventôse (24 et 25 février 1801) et sont remplacés par Pastoret²⁹⁹ et Richard d'Aubigny³⁰⁰. Politiquement, à l'exception de Camus, ce sont tous des modérés, fraîchement ralliés au régime consulaire, qui n'ont encore jamais eu de fonctions politiques importantes. Duprat pense, contrairement à ses biographes, que la Rochefoucauld a donné la vraie raison de son refus en arguant de ses

prévôt maître des cérémonies (1783). Élu de la noblesse aux États généraux, il est un des premiers à passer au Tiers état, mais démissionna de la Constituante en juin 1790. Suspect en 1792, il se cacha jusqu'au 18 brumaire après lequel il devint Président du tribunal d'Appel de Paris, puis ministre plénipotentiaire au Danemark, et enfin membre du sénat conservateur en 1805. Louis XVIII le nomma pair de France en 1814. Il resta membre du CGH jusqu'en 1826. Robert, Bourlonton & Cougny 1891.

296 Michel-Augustin Thouret (1748-1810). Personnage intéressant à plus d'un titre, mêlant les dimensions médicales, administratives et politiques, il n'a à notre connaissance malheureusement fait l'objet d'aucune biographie détaillée. Issu d'une famille rurale aisée de Normandie, il est le frère du constituant Jacques-Guillaume Thouret. Il termine à Paris en 1776 ses études de médecine débutées à Cæn. La même année, il entre parmi les tout premiers (avec Jussieu, Vicq d'Azyr, Hallé, etc.) à la Société de Correspondance Médicale qui deviendra, 2 ans plus tard, la Société Royale de Médecine. Il se fait d'abord remarquer par ses *Recherches et doutes sur le Magnétisme animal*, qu'il publie en 1784, en plein mesmérisme, mais c'est plus sur des questions d'hygiène et de thérapeutique qu'il se fait connaître, comme rapporteur d'une série d'observations sur la voirie de Montfaucon et les voiries en général et surtout sur le transfert du cimetière des innocents. (cf. Thouret 1790). C'est à la même époque qu'il devient adjoint de Jean Colombier au poste d'inspecteur général des hôpitaux civils et maisons de force avant de lui succéder à ce même titre en 1791 (après s'être marié avec la fille de ce dernier), tout en étant membre du Conseil de santé des hôpitaux militaires et médecin au département de la police. En 1790, il est l'un des premiers à être nommé conseiller auprès du comité de mendicité de la Rochefoucauld-Liancourt, au titre de conseiller. Sa participation aux débats de ce comité déçu probablement Vicq d'Azyr, qui soutint le comité de salubrité, auquel Thouret ne fut pas invité. Il fut de ceux qui contribuèrent le plus à la conception de loi de Fourcroy de 1794 qui mit fin à la division entre médecine et chirurgie. Membre du comité central de vaccine dès 1800, il est nommé au Tribunat à sa création (1802), et c'est lui qui avec Cabanis, Fourcroy et Chaptal inspira la loi de 1803 organisant pendant un siècle la pratique médicale. Désigné par Fourcroy au comité d'instruction publique comme directeur de l'école de santé de Paris (créée en 1794), il l'organisa, et en devient doyen en 1808 (date de sa transformation en Faculté), jusqu'à sa mort en 1810. Souhaitant créer une institution qui put jouer le même rôle que la Société Royale de Médecine il créa la Société de l'École de Médecine embryon de la future Académie Royale de Médecine. Outre Leroux 1810, on pourra consulter le court article que lui a consacré Maurice Genty : Genty 1934.

297 Adrien-Cyprien Duquesnoy (1759-1808) : reçu avocat à Metz, il était en 1789 un des bourgeois lorrains les plus en vue. Il siège avec le Tiers aux États-Généraux, puis à la Constituante, et retourne à Nancy en 1791. Révolutionnaire modéré, il se lie avec Mirabeau, soutient la monarchie et se trouve compromis dans l'affaire de l'armoire de fer. Arrêté puis relâché, il rejoint le cercle de François de Neuchâteau. Physiocrate et philanthrope, il participe à la collecte de résultats empiriques au sein du ministère de l'Intérieur (où Moullier dit que son action fut « très vaste »), sous François de Neufchâteau en coordonnant les recueils de mémoires sur les établissements de charité, sous Chaptal ensuite en prenant une part active au recensement de la population. Nommé maire du X^e arrondissement en l'an IX, puis administrateur des Sours-Muets, c'est en qualité de maire qu'il célèbre le mariage de Lucien Bonaparte et Mme Jouberton, à l'insu du premier consul, lequel en prit ombrage et le disgracia. En délicatesse, ruiné par la faillite de sa filature à Rouen, il se suicide en 1808. Cf. Robert, Bourlonton & Cougny 1891 ; Moullier 2004, pp.103–104;269–274.

298 AN F¹⁵ 1917.

299 Claude-Emmanuel-Joseph-Pierre Pastoret (1755-1840) : fils d'un lieutenant-général de l'amirauté, il fait ses humanités chez les Oratoriens à Lyon, son droit à Aix. Il devient en 1781 conseiller à la cour des aides de Paris, et maître des requêtes en 1788. Favorable à la Révolution, il refuse les ministères de la Justice et de l'intérieur sous Louis XVI, et fut élu procureur général syndic du département de Paris en 1791. C'est au nom

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

occupations dans l'Oise : ami de Chaptal, il a vite rallié le régime, et accepte en 1804 la présidence du comité de vaccine quand elle est moins contraignante car dépendante des services ministériels. Montmorency pourrait bien, lui, avoir démissionné pour des raisons politiques³⁰¹.

J. Imbert y voit le choix plein de « discernement et d'habileté » de Chaptal³⁰². Pour Duprat, la liste des treize conseillers initiaux est un « compromis »³⁰³ entre ce dernier et Frochot. Elle nous semble plutôt marquer l'ascendant du ministre sur le préfet : certes, aucun n'a de fonction politique de premier plan – quoique Delessert, par exemple, ait des fonctions capitales à la Banque de France – mais comme le montrent les esquisses biographiques dans les notes précédentes tous en ont eu, et la plupart seront appelés à en avoir de nouveau. C'est par ces fonctions nationales qu'ils se sont fait connaître (sauf peut-être Fieffé et Richard d'Aubigny³⁰⁴), et non pour leur action « vraiment communale », comme l'écrivait Frochot. Enfin, et contrairement aux dires de ce dernier³⁰⁵, il est manifeste que des objectifs donnés au CGH, ce n'était pas « sur-tout » les compétences médicales qui déterminait cette première série de nominations : seuls deux conseillers (Thouret et Parmentier) étaient préoccupés de

de la députation de Paris qu'il représentait qu'il demande à la Constituante la transformation de l'église Sainte-Geneviève en Panthéon patriotique. Élu député de Paris à la Législative en 1791, il siège parmi les constitutionnels. Défenseur du pouvoir royal, il s'enfuit en province après le 10 août 1792 (commune insurrectionnelle, invasion des Tuileries). Il ne revient qu'avec Thermidor. Élu en 1797 au Conseil des Cinq-Cents (et appelé à l'Institut), il siège avec les modérés. Favorable à la liberté de la presse, aux parents d'émigrés, et à la fermeture des sociétés populaires, il échappe de peu à la déportation après le 18 fructidor (coup d'état contre la majorité royaliste des Cinq-Cents). Il rentre en France sous le Consulat, est nommé professeur de droit au Collège de France en 1804. Nommé au Sénat conservateur par Napoléon en 1809, il y fut effacé. Louis XVIII le charge de rédiger la charte constitutionnelle et l'appelle à la Pairie. Discret pendant les Cents Jours, il cumule ensuite les honneurs. Il fut destitué de toutes ses fonctions (y compris au CGH) en 1830 pour avoir refusé de prêter serment à Louis-Philippe.

300 Louis-Thomas Richard d'Aubigny (c. 1750-1826) : On sait peu de choses de lui : le signalement d'une tentative d'incendie des ports de Brest et Toulon lui vaut de Louis XVI un poste d'administrateur général des postes. Il modernise l'institution et est promu conseiller d'État en 1783. Nommé membre de la légion d'honneur par Louis XVIII, il reste membre du CGH jusqu'à sa mort en 1826. cf. Arnault, Jay, Jouy, et al. 1824.

301 Duprat 1997, p.98, note 33.

302 Imbert 1954, p.236.

303 Duprat 1997, p.96.

304 Lequel était un « représentant de la vieille bureaucratie parisienne » selon Lanzac de Laborie 1908, p.13.

305 cf. la fin de son discours d'investiture, supra p.80.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

médecine.

Ces hommes n'étaient pas étrangers les uns aux autres : outre le fait que Bigot de Préameneu, Parmentier et Camus avaient Chaptal pour collègue à l'Institut, la plupart participaient à la renaissance des œuvres libres³⁰⁶. Parmi eux, des animateurs du comité de vaccine (Rochefoucauld, Thouret, Parmentier, Montmorency, Delessert, Duquesnoy, Mourgue), des souscripteurs de l'asile de la providence (Montmorency, Delessert), et sans oublier des liens établis par le truchement de la Société de Charité Maternelle (dont sont membres Mmes Pastoret, Fieffé, Montmorency cousine de l'administrateur, Delessert mère, belle-sœur et femme)³⁰⁷.

Le conseil était donc composé, dès ses débuts, d'hommes choisis pour leur renommée, leur compétence, et pour leur philanthropie. De fait, le CGH était une administration, une institution philanthropique. Chaptal, reprenant Frochot, n'avait pas fait mystère du fait que sa volonté d'attirer la charité commandait la nomination de grands notables : ne concluait-il pas le rapport introduisant l'arrêté du 27 nivôse an IX établissant le CGH en affirmant qu'« Une administration paternelle et gratuite, qui sera composée d'hommes dont la moralité et la fortune serviront de garantie contre le retour des abus et peut seule rappeler la bienfaisance »³⁰⁸ ? Le choix d'hommes aussi éminents devait cependant avoir des conséquences : ceux-ci affirmèrent promptement leurs positions et étendirent leurs prérogatives. D'autant plus que les obligations du préfet, trop importantes, l'obligèrent rapidement – tout comme ses successeurs – à ne plus siéger et à se décharger sur le vice-

306 Duprat 1997, p.98.

307 Sur ce point, voir Duprat 1993, pp.75–80.

308 cf. Annexe I.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

président que le conseil élisait tous les 6 mois. Mais avant d'examiner ces conséquences³⁰⁹, il semble nécessaire de revenir brièvement sur le principal caractère de cette administration : la philanthropie.

1.1.2.3 Le Conseil Général des Hospices, une institution philanthropique ?

Il n'est pas question ici de se livrer à une analyse approfondie des mouvements philanthropiques des trois premières décennies du XIX^e siècle, ni du rapport qu'ils ont pu entretenir avec les hôpitaux parisiens : premièrement ce n'est pas l'objet de ce travail, et deuxièmement l'entreprise a été magistralement conduite par Catherine Duprat³¹⁰, aussi on s'appuiera ici largement – comme dans la section précédente – sur ses analyses. On affirmera cependant nettement que l'on partage le point de vue de J-P Domin quant au supposé retour à une charité d'Ancien Régime sous le Consulat et l'Empire, et à la place qu'y occupent les institutions hospitalières. Pour Domin, cette vision est partiellement inexacte : la charité d'Ancien Régime avait essentiellement pour fonction le maintien de l'ordre établi, alors que

« La charité préconisée par le rapport Delécloy³¹¹ est plus complexe, elle s'intègre dans le processus de développement du capitalisme de libre concurrence. Le retour de méthodes caritatives doit s'analyser comme un moyen de soutien du libéralisme médical. Un échange s'opérait entre la bourgeoisie qui acceptait de financer les hôpitaux, mais qui demandait aux médecins d'accroître leurs efforts de recherches thérapeutiques. Il s'instaurait un nouveau mode de régulation qui allait perdurer pendant la première partie du XIX^e siècle »³¹².

La composition du CGH pouvait faire penser à celle du Grand Bureau des pauvres ou du Bureau de l'Hôtel-Dieu, son financement également, et pourtant les hôpitaux n'assumaient plus exactement le même rôle...

309 Cf. infra sections 1.1.2.4 et 1.2.1.

310 Duprat 1993 ; Duprat 1997.

311 Conventionnel, il fit notamment suspendre la vente des biens hospitaliers le 9 fructidor an III (26 août 1795).

312 Domin 1998, p.61.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

Après avoir montré les fonctions attendues du CGH en termes d'assistance, ainsi que de santé et d'ordre publics, nous nous limiterons à pointer quelques dimensions supplémentaires aux déterminants de son action.

Tout d'abord, au-delà du sens commun d'action à finalité sociale, caritative ou humanitaire, le terme « philanthropie » admet un sens spécifique selon C. Duprat :

« sont dites “philanthropiques”, par opposition aux œuvres religieuses, des œuvres pluralistes (neutres ou interconfessionnelles) étrangères à tout objectif spirituel ou missionnaire. Quels qu'en soient l'objet et l'inspiration, les pratiques altruistes communément qualifiées de philanthropiques participent d'une même démarche d'expression d'identité du donateur : elles le réfèrent à des convictions, le situent dans un espace social, l'inscrivent au sein d'une configuration relationnelle. Partout, elles sont génératrices de lien social, principe d'émulation, voire de reconnaissance et légitimations sociales. »³¹³

Autrement dit, la philanthropie se distingue de la charité religieuse en ce qu'elle est par définition à la fois laïque et résolument ancrée dans une société et ses relations de pouvoir. De fait, dans *Le temps des philanthropes* la même C. Duprat a étudié la chronologie du passage de la charité chrétienne à la bienfaisance laïque. Elle montre qu'au cours du XVIIe, le discours philanthropique glisse des principes de droit et de morale à des considérations sociales et politiques, et de la théorie à des propositions d'expériences et de réformes³¹⁴, le glissement entre charité et bienfaisance s'opérant en France précisément dans la décennie suivant la mort de Montesquieu, entre 1755 et 1765. Tolérance (conçue comme un jugement dépourvu de tentation ostracisante) et désintéressement sont les vertus cardinales de la bienfaisance, qui repose sur l'intérêt naturel des humains envers leurs semblables (sociabilité). En somme l'objectif est de soulager, pédagogiquement mais aussi efficacement : d'où un intérêt marqué

313 Duprat 1997, p.V-VI.

314 Fénelon (1651-1715) et Montesquieu (1689-1755) incarnant à ses yeux la première phase, Piarron de Chamousset (1717-1773) la seconde.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

pour le sort des enfants et une attention aux aspects « économiques » ou comptables³¹⁵.

De la fin de l'Ancien Régime à la Révolution les philanthropes se sont regroupés en associations et ont investi de larges champs de sociabilité (Société Royale de Médecine, Académie des Sciences, Société d'Agriculture, etc) et se dotent dans les années 1780 de structures propres, avec les premières sociétés de bienfaisance. Ils ont ainsi, d'après C. Duprat, précocement défini un champ de critique sociale intégrant – outre la diffusion des savoirs et techniques, des plans de prévoyance, ou l'humanisation du système pénal – des « actions protectrices de la santé publique [et] des projets d'amendement de l'assistance »³¹⁶. En la matière, c'est surtout aux débats sur les secours à domicile que Duprat fait référence. Définitivement établis par le Directoire, ils mettent fin aux controverses d'Ancien Régime sur la mendicité, les pauvres et l'assistance :

« Désormais irréversible, l'instauration des secours à domicile a mis fin à l'archaïsme de l'assistance d'Ancien Régime, celle d'hôpitaux réclusionnaires, tout à la fois hospices, asiles et prisons. [...] C'est à de généreux notables que la société libérale confie désormais l'administration des secours et la tutelle de leurs prestataires. Du Directoire à la monarchie de Juillet, s'expriment à cet égard d'éloquentes continuités de vues, faire du riche le bienfaiteur de l'indigent, son censeur, son instituteur. Par là, nous l'avons dit, tous les gouvernements entendent cimenter le contrat de société, en nouant entre les classes des liens durables « de bienveillance et de reconnaissance. »³¹⁷

Nous y reviendrons, mais mentionnons d'ores et déjà que cette définition de la philanthropie et les considérations sur ses évolutions, ne sont pas sans poser problème en ce qui nous concerne. Peut-être soucieuse d'éviter les « soupçons, sarcasmes et anathèmes » des « sociologues parfois moins inspirés que leur maître Michel Foucault »³¹⁸, elle n'insiste guère sur les dimensions d'ordre public qui animèrent un certain nombre de philanthropes. Or, nous

315 Duprat 1993, Introduction.

316 Duprat 1993, p.475.

317 Duprat 1993, p.476.

318 Duprat 1997, p.IX.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

avons vu que la question n'était pas indifférente aux préfets et au ministre à qui l'on doit la création du CGH. Dans un autre registre, W. Jordan – qu'on ne peut guère soupçonner de « foucaldisme », même mal inspiré – en a même fait un des éléments fondamentaux du passage de la charité à la philanthropie en Angleterre, qu'il définit également comme une laïcisation du souci de son prochain. Plus exactement, il montre que cette transition se fait outre-manche nettement plus tôt, sous la dynastie Tudor (1485-1603), alors que s'expriment d'une part « une sensibilité croissante à la souffrance humaine et une disposition montante à tenter d'y remédier de façon efficace »³¹⁹, et d'autre part le fait que la dynastie des Tudors « était presque intuitivement préoccupée d'ordre public et agit instantanément quand elle le pensait menacé »³²⁰. Dans le contexte anglais toujours, Adrian Wilson a également bien montré que les fondations de *voluntary hospitals* au XVII^e siècle sont à la fois un moyen et un enjeu politique, lié à des dimensions locales d'attachement de certaines classes sociales à d'autres, de levier social entre groupes dominants, mais aussi nationales : par delà les objectifs et les spécificités régionales ou infrarégionales, le mouvement est marqué par des régularités que l'on retrouve dans tout le royaume³²¹.

Pour la période qui nous occupe, la philanthropie française est empreinte de libéralisme social, marqué à la fois par le rejet de la « charité légale » des *poor laws* britanniques et du droit des pauvres de la constitution de l'an I³²² : alors que la philanthropie a été érigée en valeur cardinale par la Révolution (sous la forme de la « bienfaisance nationale »), une

319 Mais non pas pour des motifs « humanitaires ».

320 Jordan 1961, p.403: « an increasing sensitivity to human suffering and the rapidly mounting disposition to attempt to do something effective about it. One would scarcely present Henry VIII as a sensitive humanitarian [Henry VIII d'Angleterre (1491-1547, second monarque de la dynastie Tudor)...] But the great Tudors were almost intuitively concerned with public order and moved instantly when they thought it threatened ».

321 Wilson 1996.

322 Duprat 1997, p.VI

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

régression intervient entre les idées de l'an II (échange universel de soins et secours réciproques) et le Directoire où l'on fait plus spécifiquement appel à la classe des notables pour exercer la bienfaisance, manifestant une aspiration à la paix sociale qu'exprime la fréquente association des termes « ordre » et « humanité ». Le glissement finit de s'opérer sous la Monarchie de juillet qui s'accompagne sans surprise un renouveau philanthropique. Elle doit elle aussi apaiser les tensions nées de la chute de l'Empire, et dans une société très restrictive les marges de manœuvre accordées aux associations philanthropiques les transforment en terrain d'opposition entre idéaux différents (ultra et congrégationnistes) par compétition d'émulation vertueuse et lutte de représentations, notamment après les années 1820³²³.

Robert Castel place lui aussi la philanthropie française dans la même voie médiane, entre Constitution de 1793 et *poor laws*. Il en tire en revanche des conclusions plus politiques, et plus radicales :

« Pas de droits des pauvres donc, qui contredirait aux lois du marché, pas de « charité légale », au nom de laquelle les plus démunis pourraient revendiquer ce qui n'est exigible que comme la contrepartie d'un échange. Mais si l'inégalité des conditions est une juste conséquence de la croissance des sociétés, il faut en contrôler les effets, afin qu'elle n'atteigne pas un seuil de rupture à partir duquel les sacrifiés se précipiteraient vers les solutions extrêmes et déclareraient la guerre sociale.

Cette position, plus subtile et plus habile que celle des chantres cyniques du libéralisme absolu, est celle de cette fraction de la bourgeoisie spécialisée dans les problèmes de l'assistance à laquelle l'histoire a attaché le nom de philanthropes. [...] La philanthropie a représenté un laboratoire d'idées et d'initiatives pratiques d'où sont sorties les techniques d'assujettissement des masses indispensables à la domination de la classe de la bourgeoisie »³²⁴

323 Duprat 1993, pp.477–480.

324 Castel 1976, pp.134–135.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

Voilà brossé, à très grands traits, le portrait de la philanthropie parisienne dans le Paris qui nous occupe dans ce travail. Philanthropie qui caractérise le CGH que C. Duprat qualifie d'« état-major de la bienfaisance parisienne ». « Admis sur titres philanthropiques – écrits, enquêtes, fondations, long passé de militantisme –, ses membres conjuguent aisément leurs fonctions de collaborateurs des Secours publics avec celles (souvent purement honorifiques) de président, président d'honneur, membre du bureau directeur d'une ou plusieurs œuvres privées. Nul grand philanthrope de cette génération qui n'ait appartenu au Conseil »³²⁵.

Or, toujours selon Duprat, de l'évolution des activités des œuvres privées et des bureaux de secours ressortent deux traits singuliers. Premièrement, la fonction d'assistance est rarement la principale : les secours versés sont relativement modiques, et peu d'associations avant 1840 essaient d'augmenter le montant de leurs prestations ou l'effectif de leurs prestataires. Deuxièmement, « Tous les bienfaiteurs, en revanche, au sein des œuvres libres comme des Secours publics, affirment une même volonté d'établir des rapports personnels avec leurs obligés », ce que soit dans des actions moralisatrices, de vulgarisations de l'innovation (vaccin, sensibilisation aux maladies professionnelles, au régime alimentaire), ou des campagnes d'intérêt social ou humanitaire (listes de bons livres, mises en garde contre le péril des loteries, etc.). Enfin, toutes les œuvres auront privilégié trois voies : l'école, le patronage et la prévoyance, « les actions engagées [conjuguant] désir de moralisation du pauvre, désir de l'émanciper et volonté plus ou moins explicite de contrôle social. »³²⁶

325 Duprat 1997, p.4.

326 Duprat 1997, p.XI. Elle précise cependant, comme pour appuyer ses mises en garde contre les soupçons et les anathèmes, que le bilan est mince, et l'« on est fort loin, alors, d'une mise en place de stratégies réductrices efficaces des classes déshéritées, de “disciplines à domicile” ou d'un quelconque “gouvernement de la misère”. »

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

Et l'on rencontre là, à notre sens, une des principales limites de la définition du CGH en termes uniquement philanthropiques. La critique ne s'adresse naturellement pas à C. Duprat, qui s'intéresse au CGH et à ses membres uniquement en ce qu'ils avaient la tutelle des secours à domicile, et dans une perspective prosopographique en tant qu'« état-major » de la philanthropie parisienne. Les membres du CGH étaient certainement des philanthropes. Mais l'institution ne saurait être appréhendée uniquement à travers ce prisme. La raison en a déjà été mentionnée : ce serait manquer les fonctions politiques – et en particulier de politique sanitaire – qui furent les siennes.

Il nous semble que le CGH ne fut pas une institution philanthropique en tant que telle pour plusieurs raisons.

Premièrement, nous le verrons plus tard et C. Duprat le souligne elle-même, le CGH n'accorda jamais la priorité aux secours à domicile³²⁷, dont on a vu qu'ils sont au cœur du système philanthropique³²⁸.

Deuxièmement, dans la gestion des établissements hospitaliers qui nous occupe ici, il a toujours tenté – avec succès³²⁹ – d'augmenter le nombre de bénéficiaires de ses prestations, ce en quoi cette gestion est radicalement opposée à celle des œuvres privées et bureaux de secours, telle que Duprat l'a elle-même définie.

Enfin, troisièmement, il n'a jamais été question pour le CGH, y compris dans sa gestion des secours à domicile, d'établir des « relations personnelles » avec les indigents dont il avait la charge. La chose était de toute façon matériellement impossible : en 1821 par exemple, le

327 Duprat 1997, pp.122–132, et en particulier p.131. cf. infra section 1.3.1.1.

328 cf. supra p.98.

329 cf. infra section 2.3.1.2 en particulier illustration 28 p.480.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

CGH considère avoir secouru aux divers titres de ses prérogatives 162 105 indigents³³⁰.

Pour ces raisons, le Conseil Général des Hospices, pour avoir été une institution dirigée par des philanthropes, ne peut pas être appréhendé comme une institution philanthropique *stricto sensu*. Ce serait manquer une part importante de ses fonctions, sauf à le replacer dans une perspective politique, ou « politique par d'autres moyens », que la philanthropie assume en ce début de XIX^e siècle pour Donzelot, dont on imagine bien que Duprat ne partage pas les vues :

« Deux questions majeures dont on parlait peuvent se résumer en une seule : comment assurer le développement de pratiques de conservation et de formation de la population en les détachant de toute assignation directement politique pour néanmoins les lester d'une mission de domination, de pacification et d'intégration sociale ?

Réponse : par la philanthropie. La philanthropie qu'il ne faut pas entendre comme une formule naïvement apolitique d'intervention privée dans la sphère des problèmes dits sociaux, mais qu'il faut considérer comme une stratégie délibérément dépolitisante face à la mise en place des équipements collectifs par l'occupation d'une position névralgique à équidistance de l'initiative privée et de l'État. »³³¹

Il convient ici de revenir brièvement et pour conclure cette section, sur les raisons pour lesquelles les analyses de Sturdy et Cooter³³², dont nous avons dit qu'elles avaient été une inspiration pour ce travail de doctorat³³³, nous semblent éclairantes pour notre objet. Pour eux, le développement de la médecine de laboratoire doit beaucoup à la promotion d'une gestion efficace et « désindividualisée » des hôpitaux par les membres d'une « nouvelle classe

330 Dont 54 020 dans les Hôpitaux et Hospices, 12 731 enfants trouvés, 3151 enfants en apprentissage ou à la maison de vaccine ou dans les cliniques de la faculté, et 77 192 indigents à domicile par les Bureaux de Charité. AAP Bibliothèque finance cote 15U, compte moral pour 1821.

331 Donzelot 2005 [1977], p.55.

332 Sturdy & Cooter 1998.

333 cf. Introduction, section 0.3, p.28.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

moyenne professionnelle », promotion dont ils font remonter l'origine à une période allant de la fin des années 1830 aux années 1850, qui se caractérise pour eux par la fin d'une philanthropie marquée du souci quasi exclusif de l'obligation mutuelle (et individuelle entre celui qui donne et ce que l'on attend en retour du récipiendaire) et l'apparition d'un nouveau rôle pour les hôpitaux qui « soulignait l'importance de nouvelles formes de compétences techniques et administratives »³³⁴. Comme nous l'avons déjà dit, notre critique ne porte pas sur le bien fondé de ces réflexions, mais sur le cadre chronologique qui leur est donné. En particulier ici, sur le fait que les auteurs ne semblent pas bien distinguer charité et philanthropie. Outre la question religieuse, on a vu que pour Duprat, la philanthropie déjà est soucieuse de l'efficacité de son action³³⁵. L'idée était exprimée par les réformateurs médicaux de l'époque, dont Cabanis pour qui « toute bienfaisance doit être fondée sur l'économie »³³⁶. Jacques Donzelot le formule un peu moins laconiquement :

« D'une manière générale, la philanthropie se distingue de la charité dans le choix de ses objets par ce souci de pragmatisme. Le conseil plutôt que le don, parce que ça ne coûte rien. L'assistance aux enfants plutôt qu'aux vieillards, aux femmes plutôt qu'aux hommes, parce qu'à terme cela peut sinon rapporter, du moins éviter une dépense future. La charité est étrangère à cet investissement, elle qui ne peut s'allumer qu'aux feux d'une extrême misère, qu'à la vue d'une souffrance spectaculaire, pour en recevoir par la consolation immédiate qu'elle lui apporte, le sentiment d'une magnification du donateur. »³³⁷

Or, pour le formuler de la façon la plus directe possible : si on admet que l'émergence d'une nouvelle médecine (celle de laboratoire) a été rendue possible par une conjonction de demandes scientifiques et administratives en vue de parvenir à une gestion plus efficace et rationnelle des informations et des ressources, et que l'on admet que la philanthropie elle-même se caractérise entre autres par le souci de son efficacité, alors il n'y a pas de raison de

334 Sturdy & Cooter 1998, p.424 : « These claims turned in part on a redefinition of the philanthropic role of hospitals, which emphasized the importance of new forms of technical and administrative skills. »

335 Son objectif, nous l'écrivions, est de soulager pédagogiquement *et* efficacement, cf. supra p.98.

336 Cabanis 1790, p.14.

337 Donzelot 2005 [1977], pp.65–66

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

rejeter *a priori* l'idée que l'émergence de la médecine clinique un demi-siècle auparavant fut elle aussi rendue possible par les mêmes types de processus, pourvu que des modalités des dites convergences (pratiques et théoriques) soient effectivement constatables. Ce que nous nous appliquerons à faire par la suite³³⁸.

Le CGH n'était donc pas une institution philanthropique *stricto sensu*, bien qu'il fut une institution de philanthropes. Ce qui soulève la question de la composition de cette assemblée de notables...

1.1.2.4 La nomination des membres du Conseil Général des Hospices : un enjeu politique ?

Une fois encore, Catherine Duprat ayant déjà proposé une prosopographie du CGH dans son étude de la philanthropie parisienne³³⁹, il est inutile de nous y pencher plus avant. Nous nous appuyerons encore largement sur son étude, en complétant ses choix chronologiques puisqu'elle ne la fait débiter qu'en 1814.

Quand on examine le détail des membres du Conseil Général des Hospices sur l'ensemble de sa période d'existence, deux choses sont particulièrement frappantes : leur notabilité et leur longévité en poste³⁴⁰.

1.1.2.4.1 De grands notables

338 cf. infra sections 2. et 3.

339 Duprat 1997, chap.2 "Une administration paternelle et gratuite", notamment pp. 94-105 « Le Conseil des Hospices... "une véritable corporation" » et pp.113-122.

340 Les données du diagramme suivant sont issues de Testu 1793 ; Testu 1805 ; Testu 1815 ; Anonyme 1831, AN F¹⁵ 1917-1932 et AAP 17FOSS¹. Le diagramme figure les dates de participation de chaque membre au premier janvier suivant sa nomination au 31 décembre suivant sa démission/décès.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

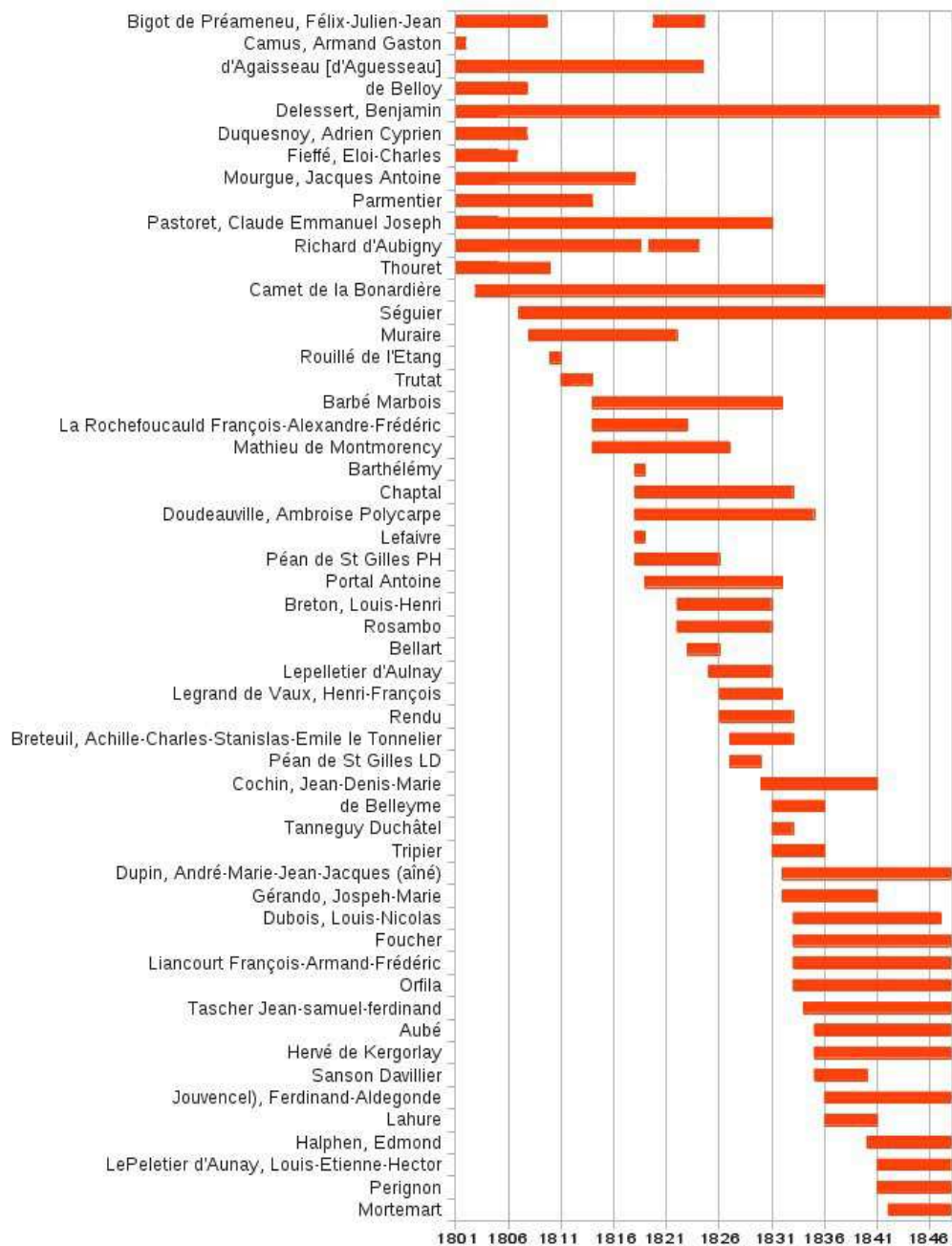


Illustration 1: Membres du CGH de 1801 à 1848, inspiré de Duprat 1997, p.114.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

Catherine Duprat, en sus de la stabilité des quarante-quatre conseillers en fonction qu'elle recense entre 1814 et 1841³⁴¹, note deux traits distinctifs : leur haut voire très haut niveau social et la domination de la haute fonction publique³⁴². Tous les membres de l'institution ont le cens de l'éligibilité, mais surtout « son prestige tient aux dignités, qualités et fonctions de ceux qui le composent ». On relève dans ses rangs pas moins de vingt députés, 14 pairs, un président de la chambre des députés, et 10 membres de l'Institut. La domination de la haute fonction publique est très nette : tous les fonctionnaires du CGH sont de hauts fonctionnaires, et ils représentent 43% des membres (dont 20% magistrats des cours supérieures et 20% de conseillers d'État³⁴³), les professions libérales 25%, et les professions économiques 11% des membres seulement.

Deux choses distinguent les membres du CGH des membres des bureaux de bienfaisance, qui nous semblent souligner le caractère non exclusivement philanthropique de l'institution : la composition des bureaux de bienfaisance fait apparaître – toujours selon Duprat – une proportion moindre de fonctionnaires (21 à 36%) et de rang inférieur, en même temps qu'un pourcentage supérieur de rentiers inactifs (23 à 29% pour les bureaux de bienfaisance, 20% pour le CGH). On a donc dans le CGH des personnes plus souvent en fonction, et plus proches des organes décisionnaires de l'État. Duprat l'indique d'ailleurs en creux : « Au niveau des bureaux, semble donc respecté le principe consulaire de séparation des fonctions charitables et politiques auquel allait bientôt déroger le recrutement du Conseil des Hospices »³⁴⁴.

341 Nous en comptons quarante-sept.

342 Duprat 1997, p.113.

343 Sur l'importance du Conseil d'État pendant la période (en tant qu'organe délibérant puis de conseil technique et comme passage obligé des carrières politiques), voir Burdeau 1989, pp.76–80 et Legendre, plus centré sur le droit administratif, qui le qualifie de « principal agent des grandes réformes, traduisant les données politiques en règles techniques » Legendre 1968, p.64.

344 Duprat 1997, p.110.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

On a vu que les premiers membres du CGH étaient presque tous des modérés³⁴⁵. Une large diversité d'opinions s'y retrouve, d'anciens dignitaires de la Révolution et de l'Empire (Barbé-Marbois, Bigot de Préameneu, Chaptal), aux ultras tels que Montmorency ou Doudeauville, en passant par des libéraux modérés. Après l'élargissement du nombre de membres de 12 à 15 en 1818 – sur lequel nous reviendrons un peu plus loin – les nominations sont faites directement par le roi et on trouve parmi les promus un notaire du roi, deux médecins du roi et un futur ministre de la maison du roi (Doudeauville), signe de l'attention que le monarque y porte³⁴⁶.

Autre aspect remarquable quand on étudie la genèse de l'institution et son développement sous la très pieuse Restauration : son caractère entièrement laïque. Après la mort de De Belloy en 1808³⁴⁷ aucun archevêque ni de Grand Aumônier n'y fut nommé.

Dix ans plus tard, à la fin de notre période, le CGH demeure presque tout aussi prestigieux. Les diverses vacances – dont celle de la Rochefoucauld, qui fut, cas unique, démis en 1823 pour sa farouche opposition à Corbière³⁴⁸ – ont été remplacées par des personnes ayant donné

345 cf. supra p.93.

346 Duprat 1997, p.117.

347 Et cette nomination n'avait rien de nostalgique de l'Ancien Régime : nommé en sus du nombre réglementaire le 2 fructidor an 10 (20 août 1802 et non le 13 pluviôse an IX comme l'écrit Imbert) – donc après le Concordat – suite à un rapport du ministre aux Consuls indiquant que le Conseil devait être composé d'hommes recommandables, il était précisé que c'était en témoignage de la « haute estime pour sa personne et les vertus qu'il manifeste dans l'exercice de ses fonctions. » AN F¹⁵ 1917. Autrement dit, « Pour lui comme pour plusieurs de ses collègues de l'épiscopat appelés aux mêmes fonctions dans leurs résidences respectives, il ne s'agissait point d'une désignation de droit, analogue à celle dont bénéficiait les préfets, mais d'une marque personnelle de la satisfaction gouvernementale. » Lallemand 1898, p.110, cité par Imbert 1954, p.237, note 49.

348 Corbière l'a en fait démis non seulement du CGH, mais de ses fonctions charitables d'inspecteur général du Conservatoire des arts et métiers, de membre du Conseil général des prisons, du Conseil général des manufactures, du Conseil d'agriculture et du Conseil général du département de l'Oise. Liancourt lui répondit qu'il ne savait « comment les fonctions de président du Comité pour la propagation de la vaccine, que j'ai

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

des gages de royalisme dans le service public ou les fonctions électives : Breton et Legrand de Vaux (membres du conseil général), Breteuil (ancien préfet), L-D. Péan de Saint-Gilles (maire du VIIe) et le procureur général Rendu, connu pour son ardeur monarchique, tout comme les ultras Lepeletier d'Aunay et Lepeletier de Rosambo. « Ainsi le Conseil des Hospices ne comptait-il plus à la fin de la Restauration, hormis Delessert et Chaptal, opposants modérés, que des personnalités entièrement dévouées au gouvernement »³⁴⁹.

Il ne faut pas pour autant prendre cette affirmation pour le signe d'une volonté « d'épuration » politique. Premièrement parce que la révolution de 1830 ne changea que peu de choses à la composition du CGH. Trois membres seulement démissionnèrent : Pastoret, Breton et Rosambo. Ils furent remplacés par des juristes : Tanneguy Duchâtel³⁵⁰, Tripiet et Debelleyme (qui participait déjà au Conseil en tant que préfet de police depuis 1828 au moment de sa nomination en 1831), alors même que le gouvernement était « en train de procéder à l'une des plus larges épurations de l'histoire du XIX^e siècle »³⁵¹.

Deuxièmement parce que la volonté royale n'était que pour bien peu dans le choix des membres : entre 1814 et 1829, sur 39 renouvellements ou nominations, trois seulement³⁵² s'écartent des souhaits du CGH lui-même, le roi ne nommant pas le premier présenté sur la liste.

introduite en France en 1800, ont pu échapper à la bienveillance de Votre Excellence, à laquelle je me fais un devoir de les rappeler. » En conséquence de quoi Corbière supprima le Comité. cf. La Rochefoucauld Liancourt 1831, p.70.

349 Duprat 1997, p.118.

350 Charles Marie Tanneguy Duchâtel (1803-1867), avocat du barreau de Paris, royaliste libéral, proche des doctrinaires Royer-Collard et Guizot, il fut une des étoiles montantes de la révolution de 1830 et du règne de Louis-Philippe. Conseiller d'État en août 1830, député en 1833, il fut ministre des finances de septembre 1836 à avril 1837, puis ministre de l'Intérieur de 1840 à 1848 et joua à ce titre un rôle important dans la révolution qui mit fin à son mandat. Exilé, il revint en France en 1849 et se retire de la vie politique, tout en continuant de siéger à l'Académie des Sciences Morales et Politiques où il avait été élu en 1842. cf. Robert, Bourloton & Cougny 1891 ; Antonetti 2007a.

351 Duprat 1997, p.119.

352 Lepeletier de Rosambo à la place de Muraire en 1822, Breteuil en 1827 au lieu de Gérando, et Bellart en 1823 remplace la Rochefoucauld que le CGH avait placé premier, en signe de désapprobation de son renvoi.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

Sous la monarchie de Juillet, où le personnel est largement renouvelé (par décès la plupart du temps), aucune transformation significative de la répartition des secteurs d'activité représentés ne s'est opérée : les grands propriétaires, les hauts fonctionnaires et les professions libérales dominent toujours, les activités économiques restant minoritaires³⁵³. En revanche, on constate une nette baisse des titres et dignités des membres du Conseil : aux quatorze nobles, à un ancien ministre, trois ministres d'État, un député, sept pairs de France, deux présidents de cours supérieures, et à un procureur général de 1828, ont succédé huit nobles, trois pairs de France, trois députés, un président de la cour royale et deux membres du conseil d'État ; on n'y trouve aucun ministre, mais trois conseillers généraux. Ce qui fait dire à Catherine Duprat que « Dans le Conseil de 1841 s'observe donc, comme au niveau des bureaux de bienfaisance, une même évolution décennale de renouvellement des personnels, une même tendance à la démocratisation des statuts »³⁵⁴.

1.1.2.4.2 Indépendants ou soumis à l'autorité ministérielle : la nomination des membres.

Cette lente évolution de la composition du CGH ne s'explique donc pas par une volonté politique explicite alors que pourtant, formellement du moins, c'est bien le gouvernement qui avait pouvoir de nomination.

Aux termes de l'article 3 de l'arrêté du 27 nivôse an IX (17 janvier 1801) établissant le CGH, les nominations suite à vacance se font par le ministre après avis du préfet (de département), sur la base d'une liste triple proposée par le CGH lui-même. Le ministre ne devait donc exercer son pouvoir que suite à une démission ou un décès. Cet arrêté devait être amendé, sur ces dispositions, par celui du 7 germinal an XIII (28 mars 1805) imposant le

353 Quatre représentants de la grande propriété foncière, cinq hauts fonctionnaires, six membres des professions libérales et deux activités économiques sont nommés sous la Restauration, contre cinq, six, quatre et trois membres de ses secteurs respectifs sous la monarchie de Juillet.

354 Duprat 1997, p.120. cf. également le tableau des dignités et fonctions p.121.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

renouvellement annuel par cinquième³⁵⁵ des « administrations gratuites et charitables des pauvres et des hospices, sous quelque dénomination qu'elles soient connues » (art. 1.). Les sortants, tirés au sort (art.2), devaient être remplacés par le ministre, après avis du préfet, toujours sur liste quintuple proposée par les membres eux-mêmes, les candidats devant avoir leur domicile de droit dans l'arrondissement (art.3)³⁵⁶.

Dans les faits, le CGH semble avoir simplement ignoré le décret. De 1808³⁵⁷ à 1818, il ne s'est pas soumis une seule fois, à notre connaissance, au renouvellement par cinquième, et le pouvoir ministériel se limitait à entériner le premier nom de la liste triple qui lui était proposé pour remplacer un membre mort ou démissionnaire.

En ventôse an X (mars 1802) déjà, le CGH avait fait montre de ses velléités d'autonomie et de son esprit de corps. Le 18, le ministre remplace par arrêté et sans consultation avec le Conseil d'Aguesseau – nommé à la légation du Danemark – par son successeur à la présidence du tribunal d'appel, Treilhard. C'est par la plume de Richard d'Aubigny que le CGH proteste du fait que la nomination de d'Aguesseau à la légation soit temporaire, qu'il n'a pas donné sa démission, mais « au contraire donné au conseil l'assurance qu'il reprendrait à son retour les fonctions honorables auxquelles votre confiance nous a tous appelé », et qu'en conséquence nul n'est besoin de nommer un remplaçant. Premier signe de tensions à venir, Chaptal fait marche arrière, et Treilhard, après l'avoir remercié de la marque d'estime qui lui était faite le 3 germinal, lui écrit le 4 que si d'Aguesseau désire garder son siège il convient de le lui

355 Soit deux membres par an pour le CGH, l'arrêté étant calibré pour les commissions administratives, qui comptaient cinq membres.

356 cf. Duvergier 1836, p.163, T. XV.

357 Et encore, il n'avait soumis à renouvellement qu'un seul de ses membres (Delessert), Duquesnoy étant décédé pendant l'année (remplacé par Muraire). Proposé à sa propre succession, la décision avait été avalisée par le préfet et le ministre. cf. Arr CGH 5854 du 6 janvier 1808, AN F¹⁵ 1918.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

conserver³⁵⁸.

Mais c'est avec la réforme de 1818 que le pouvoir central va tenter de reprendre l'ascendant sur une institution dont on a vu qu'elle était loin de lui être indifférente³⁵⁹. Dès février 1817, un rapport de la seconde division indique au ministre le défaut de renouvellement par cinquième pourtant prévu par décret, et calcule qu'il s'en est suivi six renouvellements au lieu de seize. Mais ceci n'est qu'un symptôme d'autres inconvénients bien plus considérables :

« Depuis que les membres du Conseil d'Administration des Hospices de Paris se sont ainsi habitués à se regarder comme inamovibles, cette Administration a pris un caractère d'indépendance qui prend chaque année de nouvelles forces et qui terminera si l'on y met obstacle, à la soustraire entièrement à l'autorité ministérielle. [Ainsi on l'a vu] faire exécuter des travaux très considérables sans aucune des formalités prescrites par les règlements, [passer des marchés, ordonner des translations d'hospices et changer des régimes intérieurs] et demander l'approbation du ministre, lorsque ces opérations étaient à peu près consommées et qu'on ne pouvait plus les discuter. »³⁶⁰

L'auteur fait ici référence au déménagement de la maison de santé du faubourg Saint-Martin puis vers le faubourg Saint-Denis), et il poursuit en accusant le Conseil de n'avoir rendu aucun compte suivant les formes, de s'être contenté de résumés non vérifiés, et de répondre aux rappels à l'ordre que ce ne sont que « tracasseries de bureaux » alors qu'il lui incombe de faire le bien du pauvre³⁶¹. Le chef de division ne nie pas l'argument sur le fond, mais y oppose un simple *dura lex sed lex*, estimant qu'il faut que le CGH se plie aux règles, ou bien les changer.

Les avantages d'une application du renouvellement annuel sont patents pour l'auteur du rapport : quand bien même les membres sortants seraient souvent réélus – comme c'était

358 AN F¹⁵ 1917.

359 cf. supra section 1.1.1, notamment p.65 et note 197.

360 AN F¹⁵ 1925.

361 On notera l'ambiguïté de l'argument, pour des personnes précisément renommées pour leurs compétences administratives, et qui mirent en place une institution entièrement empreinte de bureaucratisme.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

jusqu'alors le cas –, le fait qu'ils soient soumis à décision ministérielle donnera le pouvoir au ministre de changer les importuns ou les rendra plus « dociles et zélés ». En conséquence, il propose de rappeler au CGH l'obligation de renouvellement par cinquième, de demander au préfet d'y veiller, et de pousser la démonstration de force jusqu'à exercer ce droit rétroactivement jusqu'en 1808³⁶² : les conseillers étaient devenus quasi-inamovibles.

C'est dans ce contexte que fut prise l'ordonnance royale du 18 février 1818, principal changement que le Conseil subit avant sa dissolution. Bien que prenant soin dans son préambule de se présenter comme un témoignage de pleine satisfaction et de reconnaissance de sa charge de travail³⁶³, elle avait à l'évidence pour but « la mise au pas du Conseil »³⁶⁴. L'ordonnance augmentait le nombre de conseillers, les faisant passer de 12 à 15, toujours indépendamment des deux préfets (art. 1.). Les nominations étaient maintenant faites par le roi, et non plus le ministre de l'Intérieur, sur liste quintuple soumise par ce dernier après avis du préfet de département (art. 2.). Enfin et peut-être surtout, l'article 3 outre le rappel à l'obligation de renouvellement par cinquième (les vacances survenues pendant l'année devant en être défalquées), précisait que « les membres sortants ne pourront être réélus qu'après une année d'intervalle. »

Les Conseillers n'auront pas attendu longtemps pour réagir. Dès le 26, ils adressent une lettre au ministre pour qu'il intercède auprès du roi en leur faveur. Le grief est évidemment la disposition de l'article 3 sur l'année de vacance avant une réélection. Deux arguments sont

362 Et donc de laisser au ministre la liberté de remplacer l'intégralité du CGH, dix renouvellements n'ayant pas été pratiqués selon lui.

363 « nous avons reconnu que les membres du conseil général d'administration des hospices ont mérité toute notre satisfaction [...]. Nous avons jugé, néanmoins, qu'en augmentant les membres du conseil et en allégeant ainsi les travaux de chacun d'eux, ils pourront mieux atteindre le but de leurs efforts et de leur sollicitude. » Duvergier 1836, p.281, T. XXI.

364 Duprat 1997, p.104.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

principalement avancés : premièrement le dévouement des personnes en place et le caractère exceptionnel que revêt une telle mesure ; deuxièmement, et plus intéressant, le CGH rappelle qu'il est l'héritier du Grand Bureau des Pauvres, dont les administrateurs étaient nommés *ad vitam*³⁶⁵.

La première réponse du ministre Lainé³⁶⁶ est circonstanciée, et se concentre sur le premier argument : il objecte que le CGH est une institution particulière, mais la mesure n'est pas pour autant exceptionnelle puisque la réélection des administrateurs des Hospices Civils de Lyon est elle aussi conditionnée par une période de vacance, tout comme les membres des bureaux de charité depuis l'ordonnance royale du 2 juillet 1816. En conséquence de quoi, tout en louant à son tour leur dévouement et leur action, il informe les membres du CGH qu'il ne peut accéder à leur requête.

Le 11 mars, les conseillers informent le ministre de leur déception et insistent. Ce dernier maintient qu'on ne peut déroger à la règle édictée et revient alors sur la seconde objection formulée : l'absence de renouvellement sous l'Ancien Régime s'expliquait par la proportion importante de membres de droit (archevêque, premier président du parlement, etc.), ce qui n'est plus le cas, alors que nombre de personnes méritantes souhaiteraient siéger au Conseil. Enfin, il expose clairement aux conseillers la volonté étatique motivant l'ordonnance : si l'on n'imposait pas une année de vacance, le Conseil pourrait aisément forcer la main au roi en proposant pour chaque renouvellement le sortant et quatre autres candidats de piètre qualité

365 AN F¹⁵ 1926. Nous avons vu que si la filiation avec le Grand Bureau des Pauvres pouvait sembler pertinente à un familier des idées de Frochet, elle n'était pas tout à fait justifiée (supra p.74). De surcroît, les conseillers n'ont pas fait usage d'un précédent, bien mieux indiqué : le bureau d'administration de l'Hôtel-Dieu était sous l'Ancien Régime théoriquement composé de 12 membres élus par l'échevinage, renouvelable tous les trois ans. Mais au XVIII^e le mandat avait cessé d'être électif et les administrateurs demeuraient toute leur vie en fonction, la municipalité abdiquant son droit de nomination et se contentant de ratifier les choix du bureau, qui se portaient en général sur des fonctionnaires ou des financiers (trésoriers de France, fermier général, conseiller à la cour des aides au Châtelet, etc.) et de notables bourgeois. Bloch 1974 [1908], p.65.

366 Josph-Henri-Joachim Lainé (1768-1835), avocat, membre du Corps Législatif de 1808 à 1814, il fut ministre de l'Intérieur du 7 mai 1816 au 29 décembre 1818. cf. Robert, Bourloton & Cougny 1891.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

sur lesquels le choix ne pourrait se porter.

On ne sait ce qui aura fait changer d'avis le ministre, mais les archives contiennent un rapport non daté³⁶⁷ – mais vraisemblablement postérieur – exposant au roi l'émoi que suscita au CGH l'obligation de vacance avant renouvellement. Louis XVIII y fut manifestement sensible, et le 30 mars le CGH reçut de Lainé une lettre lui signifiant que le roi avait « consenti, par une décision prise en marge de mon rapport [au ministre] à ce que la disposition [...] restât sans exécution »³⁶⁸. La victoire n'était pas totale, la mesure n'ayant pas été rapportée, mais elle n'en était pas moins révélatrice du rapport de force.

De fait, force est de constater que le roi et son ministre ne se risquèrent pas, même après février 1818, à tenter de mettre l'institution au pas. L'année 1818 fut marquée par le renouvellement le plus important du CGH : trois nouveaux sièges à pourvoir, et quatre décès à compenser, soit près de la moitié des membres. Or pour six de ces nominations, le ministre et le roi se contentèrent de valider le choix du CGH en nommant le premier de la liste quintuple qu'il fournit : Chaptal en remplacement de Mourgue, décédé³⁶⁹, Barthélémy, Doudeauville, Lefavre et Péan de Saint-Gilles sont nommés en avril. Le roi choisit même de suivre les souhaits du CGH contre l'avis du préfet, qui aurait préféré Denis (doyen des notaires) ou Rendu (grand avocat, distingué par son « zèle pour les affaires publiques » et son « noble caractère » d'après Chabrol) à Péan de Saint-Gilles³⁷⁰. La seule démonstration du pouvoir royal se fera à l'occasion de l'application du renouvellement par cinquième, pratiqué en

367 AN F¹⁵ 1926.

368 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.3.

369 AN F¹⁵ 1926, Arr. CGH 23067 du 22 janvier 1818. Il est vrai que selon Pigeire, le ministre (alors encore en charge des nominations), réticent à porter son choix sur Chaptal, dut faire face à une menace de démission collective des autres membres. cf. Pigeire 1931, p.353.

370 AN F¹⁵ 1926 Arr. CGH 23672 du 8 avril 1818 et rapport préfectoral du 14 avril 1818, le ministre ayant transmis au roi sans rien y ajouter.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

décembre, selon l'ordonnance. Lefaiivre étant mort, deux autres membres devaient être tirés au sort. Ce furent la Rochefoucauld-Liancourt et Richard d'Aubigny. Conformément au souhait du CGH, le roi suppléa le premier par Antoine Portal (son premier médecin) et le second fut reconduit. Mais le dernier fut remplacé par Bigot de Préameneu, ancien membre³⁷¹, là encore contre l'avis du préfet³⁷². Nous n'avons pas trouvé de trace de la réaction des conseillers en poste ou de Richard d'Aubigny lui-même. Lequel se contenta peut-être d'attendre, son éviction au profit de Bigot de Préameneu n'étant pas un désaveu : il fut réintégré six mois plus tard, à la suite du décès de Barthélémy³⁷³.

1.1.2.4.3 Une des institutions les plus stables de son temps

Partant, la stabilité du CGH – qui est, nous l'avons dit, sa seconde caractéristique majeure – n'est guère surprenante.

Les cinquante-quatre conseillers ayant siégé au CGH ont exercé en moyenne pendant 11,4 ans, voire 12,5 ans si l'on exclut du calcul les membres morts dans l'année ; la médiane se situant à sept ans et même dix en pratiquant la même exclusion. Le record revient à Benjamin Delessert, avec quarante-six années de service, qui ne seront interrompues que par sa mort. Mais quatorze autres conseillers siègeront plus de quinze ans, dont quatre plus de trente³⁷⁴. Le diagramme p.106 est suffisamment clair à cet égard : 1815 ne constitue pas plus que 1830 un moment privilégié de renouvellement des membres³⁷⁵, et seules les démissions volontaires et la mort expliquent les changements de titulaires³⁷⁶.

371 Il avait démissionné suite à sa nomination comme ministre des cultes.

372 AN F¹⁵ 1926 Arr. CGH 25508 du 23 décembre 1818

373 AN F¹⁵ 1927 Arr CGH 26890 du 2 juin 1819, nomination par le roi le 30 juin 1819.

374 Camet de la Bonardière, Delessert, Richard d'Aubigny et Séguier.

375 Alors qu'à l'été 1831, seuls 29% des membres des bureaux de charité du début de 1830 sont encore en place. Duprat 1997, p.111.

376 Nous l'avons dit, la seule destitution fut celle de la Rochefoucauld-Liancourt en 1823. Plus d'une vingtaine de membres mourront en fonction sur l'ensemble de la période d'existence du CGH.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

Dès l'an XIV, Frochot avait demandé que l'ensemble des membres soit reconduit, « cette marque de confiance du Conseil, le zèle qu'ils ont montré dans l'exercice de leurs fonctions, l'aptitude et les connaissances particulières qu'ils ont acquises par une expérience de plusieurs années, tout annonce qu'en les continuant dans leurs fonctions, on fera un choix très utile au succès de l'administration »³⁷⁷. Et effectivement, nous l'avons vu, c'est bien cette reconduction quasi systématique des membres qui explique que le CGH ait été, « dès l'Empire, l'une des institutions les plus stables de son temps »³⁷⁸. Alors même que la commission administrative antérieure avait compté trente-cinq titulaires pour cinq sièges en à peine dix ans d'existence, le CGH en compta cinquante-quatre pour douze puis quinze places en près de cinquante ans. Sur la période qui nous occupe, pour trente-cinq nominations dont nous pûmes consulter le détail des arrêtés, trente-deux avalisèrent purement et simplement les volontés du CGH en nommant les premiers des listes triples puis quintuples³⁷⁹. Ceci n'aurait pas été possible sans l'aval du pouvoir central, même contraint. Nous avons vu que le CGH le fit plier sur l'année de vacance avant renouvellement, et que les pratiques de nominations ne furent pas modifiées après 1818, le roi donnant même la primauté aux choix du CGH sur ceux du préfet.

Un autre exemple de l'autonomie consentie au CGH dans sa composition vaut la peine d'être mentionné : en décembre 1825, soit à peine deux ans après l'« épuration » de la Faculté de médecine³⁸⁰, sont soumis à remplacement Bigot de Préameneu, décédé, ainsi que Delessert

377 AN F¹⁵ 1917, lettre de Frochot à Champagny du 15 vendémiaire an XIV (7 octobre 1805), cité par Duprat 1997, p.100.

378 Duprat 1997, p.101.

379 cf. AN F¹⁵ 1917-1932. Nous n'avons pas pu consulter tous les arrêtés, un certain nombre étant déficitaires, mais même les quelques uns manquants ne sauraient inverser la tendance.

380 En 1823, Villèle, premier ministre de Louis XVIII^e, luttant contre les mouvements républicains, décide d'en finir avec « la libre pensée scientifique et philosophique à la faculté de médecine de Paris » et, à la faveur d'un incident, « onze professeurs libéraux sont destitués sans enquêtes ni jugement : Pinel, Desgenettes, Dubois, Chaussier, Vauquelin, Pelletan père, Jussieu, Lallement, Deyeux, Moreau de la Sarthe, et le doyen Leroux ». Ils seront remplacés par des légitimistes, amis de Laënnec. cf. Léonard 1992, p.91.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

et d'Aguesseau, au titre du renouvellement par cinquième. Le CGH soumet donc trois listes quintuples, où figurent en premières places respectivement le baron Rendu (procureur général de la Cour des comptes), Delessert et d'Aguesseau. Mais ce dernier meurt avant même que le préfet ait transmis son avis. Le ministre, dans son rapport, suggère de nommer à sa place le comte de Breteuil³⁸¹, qui ne figure pas sur la liste. Le roi lui préférera Legrand de Vaux³⁸², qui y était en seconde place, se soumettant ainsi aux vœux du Conseil³⁸³.

C'était donc un véritable corps que celui du CGH : choisis avec soin, ses membres se cooptèrent habilement. Ils fournirent un travail conséquent, comme l'indiquent le rapport-bilan de Thouret, Camus et Duquesnoy en l'an XI³⁸⁴, et les compétences personnelles furent exploitées dès le départ : Thouret fut en charge de l'Hôtel-Dieu, et contribua au règlement sur le service de santé de 1802, Delessert s'employa à la comptabilité du CGH après que Frochot l'ait séparée de celle de la commune en l'an IX, Parmentier à la réorganisation de la Boulangerie et Pharmacie et au code pharmaceutique³⁸⁵, Mourgue des projets de caisse de retraite pour les employés.

Un point mérite d'être souligné, dans cette assemblée de philanthropes : on y trouve à sa création deux membres renommés principalement pour leurs travaux médicaux ou biologiques, Thouret et Parmentier. Il est remarquable qu'après la mort de Parmentier en 1811

381 Achille-Charles-Stanislas-Emile Le Tonnelier de Breteuil (1781-1864), préfet en 1810, maître des requêtes au Conseil d'État en 1815, pair de France en 1823, il sera sénateur sous le second empire.

382 Henri-François Legrand de Vaux (1775-1851),

383 AN F¹⁵ 1932 Arr. CGH 43396 du 28 décembre 1825. Maire du sixième arrondissement de Paris, il fut également membre du Conseil Général.

384 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803.

385 Parmentier 1803.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

(celle de Thouret étant survenue une année auparavant) et jusqu'en 1819 avec l'arrivée de Portal, aucun médecin ne siège au CGH. Or, la présence d'un homme de l'art au Conseil n'était pas indifférente à tout le monde. On a trace d'une intéressante lettre du 13 août 1823 de Frayssinous, alors grand-maître de l'Université (qui deviendra l'année suivante ministre des affaires ecclésiastiques et de l'Instruction publique), au ministre de l'Intérieur pour lui suggérer que le doyen de la Faculté de Médecine (alors Landré-Beauvais) soit nommé membre-né du CGH, au même titre que les deux préfets. Frayssinous s'y plaint des relations tendues entre le CGH et la Faculté, en particulier dans le cadre de l'établissement des nouvelles cliniques ordonnées par l'ordonnance du 2 février 1823³⁸⁶, du fait que « les droits du corps enseignant sont méconnus et lésés par les empiètements successifs de l'administration des hospices »³⁸⁷ et surtout du « manque de sujets pour les travaux anatomiques » qui en résulte. Le grand-maître rappelle ensuite que quand Thouret était membre du CGH et doyen « tout se passait de la manière la plus bienveillante entre les deux corps », permettant de fonder les deux seules cliniques dont la faculté dispose et que depuis « il n'a pas été possible d'obtenir de cette administration [le CGH] la moindre conception en faveur de l'enseignement ».

N'obtenant pas de réponse, il relance le ministre le 29 octobre, qui lui répond alors qu'il partage ses vues, mais ne peut se résoudre à créer un membre-né supplémentaire qui limiterait, *de facto*, le champ d'action du roi, et que la meilleure solution est donc de demander au Conseil lui-même de placer Landré-Beauvais dans les listes à nommer. C'est ce qu'il enjoint au Conseil de faire par une lettre du 11 novembre³⁸⁸. Fin décembre le CGH présentait au ministre les trois listes quintuples. Landré-Beauvais ne figurait dans aucune

386 L'ordonnance prévoyait sept cliniques officielles pour remplacer les trois existantes. cf. Wiriot 1970, pp.81 & sq.

387 Il fait ici référence à l'établissement de cliniques officieuses, avec la bénédiction du CGH, en dehors de l'enseignement officiel dispensé par la faculté. Sur ce point, l'ouvrage de référence reste Wiriot 1970.

388 AN F¹⁵ 1931.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

d'entre elles³⁸⁹.

Pour autant, Frayssinous avait vu partiellement juste : premièrement parce que le CGH, à la mort de Portal, fit nommer un homme de l'art pour lui succéder : Orfila, qui avait pris la tête de la faculté de médecine après le renvoi de Landré-Beauvais. D'autre part parce que cette présence continue d'un médecin parmi eux avait été souhaitée dès 1810 par les membres du CGH qui avaient proposé que Thouret soit remplacé par Corvisart, alors premier médecin du roi. Mais celui-ci avait décliné la proposition, priant le ministre de « ne point jeter les yeux sur [lui], [ses] fonctions auprès de leurs majestés et le mauvais état de [sa] santé ne [lui] permettant pas de l'accepter »³⁹⁰. Le ministre avait alors nommé le dernier de la liste, Rouillé de l'Étang – président du conseil municipal –, se rangeant à l'avis du préfet Frochot, qui une fois encore se faisait l'avocat de nominations communales :

« Il me semble, monsieur, que le Conseil des hôpitaux n'étant autre chose qu'une section de l'autorité municipale doit être composé en très grande majorité soit des principaux fonctionnaires municipaux, soit des principaux bourgeois de la ville. Il me semble aussi qu'on ne peut sans une grande inconvenance appeler à faire partie d'une administration locale et secondaire des personnes revêtues des plus éminentes dignités et que d'ailleurs les travaux multipliés du Conseil exigent de la part de ceux qui le composent non seulement du zèle et des talents, mais des loisirs »³⁹¹

Sa proposition de modification du mode de présentation prévoyant que les « cinq candidats seront choisis par les maires et adjoints ou les membres du conseil municipal, deux autres parmi les principaux notables de la ville et en laissant la désignation, du cinquième à l'arbitrage du conseil des hospices » ne sera jamais adoptée. Et malgré son insistance, les

389 AN F¹⁵ 1932 Arr CGH 39197 du 24 décembre 1823.

390 AN F¹⁵ 1919, lettre de Corvisart du 5 juillet 1810.

391 AN F¹⁵ 1919 Rapport du 12 juillet 1810. Il avait fait exactement les mêmes remarques l'année précédente pour la nomination de Barbé-Marbois, éminent personnage s'il en était, et les reformula l'année suivante, pour la nomination de Denis Trutat (1772-1814), personnalité locale (notaire, il ne fut « que » président de la chambre des notaires), en regrettant que « que les noms de quelques-uns de MM les maires et de MM les membres du conseil municipal de Paris ne se trouvent pas au nombre de ceux que le Conseil des Hôpitaux présente à votre excellence ». AN F¹⁵ 1919.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

conseillers restèrent en grande partie des personnalités nationales, même si le prestige des membres de l'institution alla certainement en s'affaiblissant à partir des années 1830.

1.1.2.4.4 La Commission Administrative

Nous finirons cette section sur l'organisation du CGH par une très brève présentation de la Commission Administrative qui était chargée de l'exécution de ses décisions³⁹².

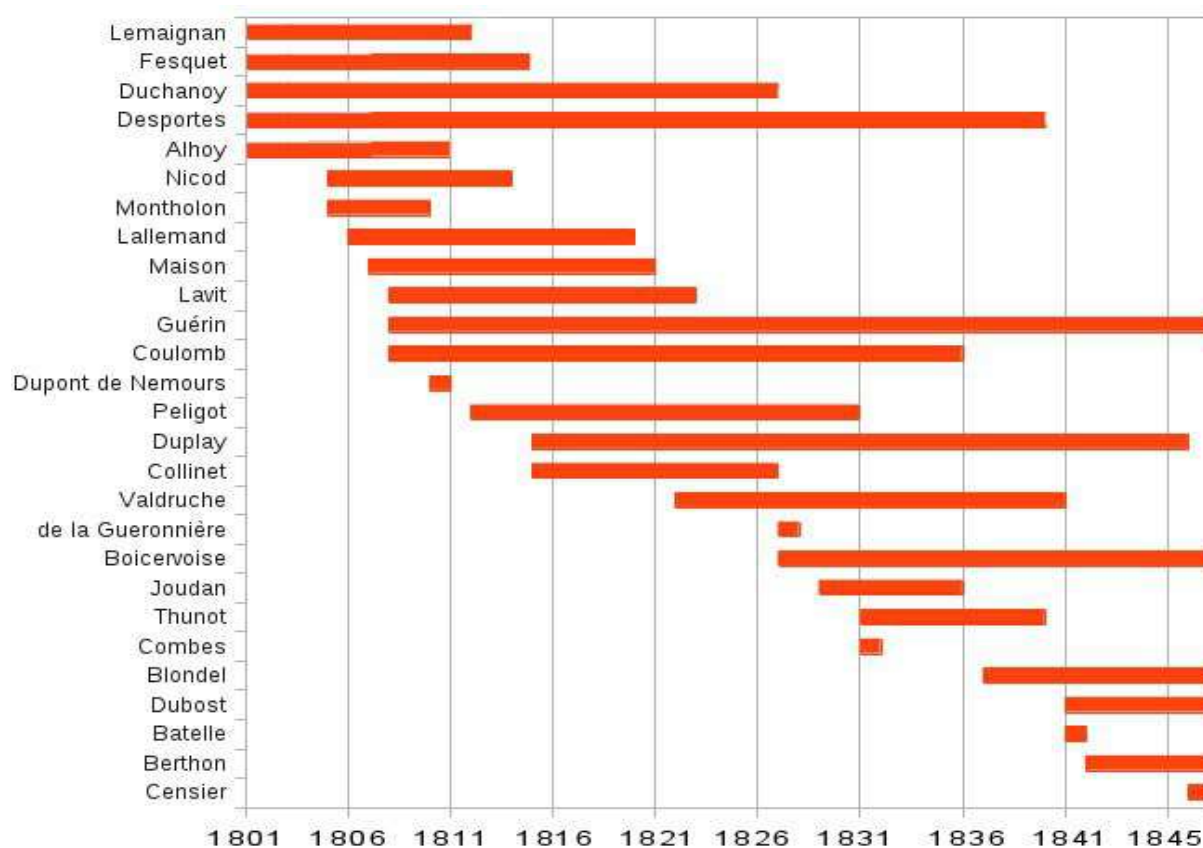


Illustration 2: Membres de la CA, secrétaire général, receveur et contrôleur de 1801 à 1848

La stabilité des membres de la commission administrative est encore plus notable que celle des membres du Conseil : la moyenne est de 14 ans en exercice, voire 16 si l'on exclut les quatre membres morts la première année de leur entrée en fonction, la médiane s'établissant alors à 14 ans. Desportes à la première division (hospices) et Guérin (receveur) sont restés en

³⁹² Source : AAP 17 FOSS¹, AAP 1M1, Testu 1793 ; Testu 1805 ; Testu 1815 ; Anonyme 1831. Comme pour les membres du CGH, les dates présentent les membres au premier janvier suivant leur nomination.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

poste pendant quarante ans, et des vingt-sept titulaires que compta la commission administrative, cinq y travaillèrent plus de vingt-cinq ans.

Nous l'avons déjà mentionné, la commission initiale, composée de cinq membres, passera par la suite à huit membres après sa fusion avec l'agence des secours à domicile, avant de voir ses effectifs réduits à six membres en 1816³⁹³. Là encore, les attributions tentèrent de tirer le meilleur parti des compétences à dispositions.

On ne prendra que deux exemples pour en témoigner.

Premièrement, les membres de la commission étaient tous déjà en poste en 1800 : Le Maignan avait été nommé dès le 27 ventôse an VII (8 août 1799), Duchanoy le 11 brumaire (2 novembre 1799), Alhoy, Fesquet et Desportes prenant leurs fonctions en janvier, avril et septembre 1800³⁹⁴. C'était donc des hommes d'une certaine expérience qui s'étaient vus confirmés dans leurs emplois par l'arrêté consulaire du 27 nivôse an IX. La distribution des attributions ne se fit pas au hasard, puisque la seconde division – celle qui nous intéresse dans le cadre de ce travail – chargée des hôpitaux fut confiée à Alhoy, Le Maignan et surtout Duchanoy. Le premier³⁹⁵ avait été antérieurement directeur des Sourds-Muets, le second³⁹⁶ était le seul de la commission à avoir eu des responsabilités politiques d'envergure³⁹⁷. Le

393 Par non-remplacement des départs. cf. arr. CGH 18592 du 14 février 1816, AAP 136 FOSS⁴¹ F° 372 : attendu qu'il faut diminuer les frais de personnel et que depuis la réunion de la direction des hôpitaux, hospices et secours à dom sous le CGH « l'administration est devenue plus simple et plus facile », le nombre de membres de la commission administrative est réduit à six, la prochaine vacance n'étant pas remplacée. Ce sera Fesquet, démissionnaire en juillet.

394 cf. AAP 17 FOSS¹.

395 Louis Alhoy (1755-1826), professe les humanités pour la congrégation de l'Oratoire, remplace Sicard à l'Institut des Sourds-Muets de 1797 à 1800, avant d'être nommé à la Commission Administrative. cf. Michaud 1834, Tome 56.

396 Camille Le Maignan (1746-1812), conventionnel puis membre du Conseil des Cinq-cents de 1792 à 1798. cf. Robert, Bourlouton & Cougny 1891.

397 Le membre chargé de la première division est Benjamin Desportes (1765-1840), frère du révolutionnaire Nicolas-Félix Desportes, qui fut entre autres maire de Montmartre, ministre plénipotentiaire en Allemagne, secrétaire de Lucien Bonaparte (ce qui vraisemblablement à Benjamin son poste), puis préfet du Rhin. cf. Lebreton 1857, p.435.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

dernier³⁹⁸ était l'unique médecin de la commission : élève d'Antoine Petit, médecin des hospices de Paris, docteur-régent³⁹⁹ de la faculté de médecine, auteur avec Jumelin d'un *Mémoire sur l'utilité d'une école clinique en Médecine*⁴⁰⁰ qui inspira le rapport de Cabanis au conseil des Cinq-cents⁴⁰¹, il préside également le comité de vaccine jusqu'en 1803⁴⁰². Nous reviendrons plus loin sur le rôle probable des idées de Duchanoy sur les mesures prises par le CGH en matière sanitaire et de formation clinique⁴⁰³.

Le recrutement des membres de la commission répond visiblement aux usages en vigueur dans les autres administrations à la même époque, et tranche radicalement avec les usages antérieurs de nominations à des fins politiques. De manière générale pour cette période, les postes administratifs souffrent d'un défaut de définition statutaire, que ce soit en termes de compétences requises, de déroulement de carrière, etc. À de très rares exceptions près (Polytechnique, Ponts et Chaussées, etc.), le recrutement et la formation des agents de la fonction publique ne sont pas organisés au niveau étatique mais ministériel (souvent de façon labile⁴⁰⁴), et l'ancienneté (et le patronage pour les postes les plus élevés) reste la voie la plus sûre pour faire carrière, le personnel étant pourtant marqué par une forte stabilité⁴⁰⁵. Le diagramme précédent témoigne suffisamment de ce dernier point. Il reste à mentionner que les nouveaux nommés à la commission sont très souvent issus de l'administration : c'est le cas par exemple du remplaçant à Lemaignan, Pélégot, qui a servi dix ans comme chef du bureau de la comptabilité générale. De même pour le remplaçant de Nicod comme ordonnateur général :

398 Claude-François Duchanoy (1742-1827).

399 C'est-à-dire professeur.

400 Duchanoy & Jumelin 1778.

401 *Rapport sur l'organisation des écoles de médecine*, que Cabanis déposa en 1799 et qui forma la base de la loi de 1803. Sur ce point, voir notamment Foucault 2003 [1963], pp.78-86.

402 Dupont 1999. Noter que Duchanoy fut docteur-régent de la faculté, et non doyen comme l'indique Dupont.

403 cf. infra section 1.3.2.1.

404 Sur l'absence de critère clair de recrutement, l'absence de grille salariale ou d'avancement claire, etc. dans le cadre du ministère de l'Intérieur, voir Moullier 2004, chap.4.

405 Françoise Dreyfus 2000, p.120. Sur les

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

on choisit Collinet, également chef du bureau de la comptabilité auparavant⁴⁰⁶ – ce qui lui donna l'occasion « de s'instruire dans toutes les parties de la comptabilité des hôpitaux et de prouver qu'il les possédait parfaitement »⁴⁰⁷ – parce qu'il était le beau-frère du membre du CGH Fieffé⁴⁰⁸. Lequel Collinet sera à son tour remplacé par Boicervoise, employé des hospices depuis vingt ans. Dernier exemple, celui de Valdruche, qui fut sept ans agent de surveillance de la maison d'accouchement, puis chef du bureau des secours pendant une durée identique, avant d'être nommé secrétaire général en remplacement de Maison⁴⁰⁹.

La distribution des différentes divisions, comme pour les membres du CGH, ne se fait pas au hasard : de même qu'avec l'augmentation du nombre de conseillers en 1818 apparaît la dévolution du service de santé et du bureau central d'admission au médecin de l'assemblée (c'est la seule attribution de Portal, Orfila se voyant chargé en sus de la surveillance de l'amphithéâtre d'anatomie, de la pharmacie centrale, et de l'hôpital des cliniques), Duchanoy est responsable de la troisième section qui regroupe au départ Saint-Antoine, Cochin, Maison de santé, boulangerie et pharmacie centrales, bureau central d'admission et vaccine, et à laquelle on adjoint en 1806 le service de santé et les cliniques, puis d'autres établissements en 1813). Malade, on limite ses attributions en 1815, mais il se voit confier jusqu'à sa mort le bureau central et le service de santé, en faisant le pendant de Portal.

Deuxièmement, le décès du même Duchanoy et les questions soulevées par son remplacement éclairent les relations entre le Conseil et la commission d'une part, et d'autre part l'évolution du rôle de l'administration centrale dans la gestion des établissements

406 Et beau-frère du Conseiller Fieffé

407 AN F¹⁵ 1922.

408 Arr. CGH 14986 du 11 mai 1814, AAP 136 FOSS³⁴ F^o195.

409 Arr CGH 35940 du 26 juin 1822, AN F¹⁵ 1931.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

hospitaliers. Nous avons vu qu'en 1816, le nombre de commissaires avait été réduit pour des raisons économiques⁴¹⁰. Aussi le problème est-il double : doit-on tout simplement supprimer une place de commissaire ? Et, quelle que soit la réponse apportée à cette première interrogation, comment doit-on redistribuer les attributions ? Le rapport de la commission joint à la décision du CGH⁴¹¹ est tout à fait remarquable, en ce qu'il écarte d'entrée ces interrogations en indiquant qu'elles ne ressortissent pas à sa compétence mais à celle du Conseil (et se résument à savoir s'il est satisfait de la direction de Péligot et Desportes, qui ont hérité des attributions que Duchanoy ne pouvait plus assumer), la seule sur laquelle il puisse se prononcer étant de savoir s'il est nécessaire de nommer un *médecin* pour remplacer Duchanoy. L'avis est univoque : « Il est sans doute nécessaire de compter au nombre des membres du Conseil général un médecin d'une grande réputation et même le plus illustre de l'époque, mais cette nécessité existe-t-elle pour le complément de la Commission administrative, c'est ce que les membres actuels ne pensent pas. » Il est aussi doublement étayé.

D'abord, le médecin de la commission ne peut donner satisfaction : « Ou le médecin nommé sera l'un des plus habiles dans son art, ou ce sera un homme qui, ayant peu de clientèle désire obtenir une place à appointements fixes » Dans le premier cas, il n'aura cure des détails du service, dans le second « il n'aura aucune influence sur les médecins des hôpitaux ».

Ensuite, les prérogatives médicales de Duchanoy peuvent très bien être déléguées à des médecins ou chirurgiens des hospices formés en jury ou commissions spéciales, comme cela se fait déjà. Les visites des hôpitaux sont faites par les médecins du bureau central, tout

410 Ce sont les mêmes raisons qui voient après 1809 et le retour massif des sœurs les postes d'économistes régulièrement supprimés pour les confier à une religieuse.

411 Arr. CGH 47834 du 28 novembre 1827, AAP 136 FOSS¹⁰¹ F°510-517.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

comme la réception et le contrôle des médicaments. Les concours peuvent être présidés par le médecin du CGH, mais fondamentalement, comme il n'est qu'administrateur dans cette fonction (et non pas examinateur), tout membre du CGH peut faire l'affaire. Et il en va de même pour le membre de la commission qui ne doit assister aux concours que pour le maintien de l'ordre et doit se garder d'influencer les jugements du jury.

Enfin, la « police des élèves » dans les hôpitaux devrait appartenir aux membres de la commission chargés de toutes les autres parties du service : « Plus il y aura d'unité dans le service des hôpitaux, plus il y aura d'ordre et d'économie », il est donc indispensable que tous les services d'un hôpital dépendent d'un seul administrateur. De sorte qu'il n'est pas besoin de confier à un médecin la pharmacie centrale (les médicaments devant être examinées par des experts ou des médecins des hôpitaux), ni le service de santé « en ce qu'il se borne à des détails purement d'ordre ».

Au-delà de l'avis sur l'opportunité de remplacer Duchanoy par un médecin, on voit apparaître deux choses essentielles. D'abord la subordination, y compris pour ce qui est des questions médicales, de la commission au Conseil. Ce dernier ne se contente pas de valider des propositions faites par la commission, y compris sur les points techniques, puisque les commissaires estiment que l'expertise doit se trouver parmi les membres du CGH et non parmi les siens. Ensuite la volonté exprimée dès 1827, de déléguer une part plus importante des activités de surveillance et de contrôle aux médecins et aux chirurgiens eux-mêmes : après deux décennies de règlements coercitifs et exhaustifs⁴¹², l'administration centrale semble donner plus de marge de manœuvre aux praticiens, ou constater qu'ils l'ont déjà prise⁴¹³. Enfin, on peut noter l'importance accordée à la clarté hiérarchique, moins remarquable car plus

412 Dont nous verrons quelques exemples ci-dessous, section 3.

413 Ce qui corrobore les affirmations de Groopman déjà mentionnées supra p.31.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

attendue : à une division des attributions en termes de domaines de compétence, on préfère une répartition par établissement qui simplifie et renforce la « chaîne de commandement ».

C'est effectivement le choix que vont faire les membres du CGH : renonçant à nommer un médecin, ils renoncèrent aussi à pourvoir la place vacante. Les fonctions de Duchanoy étant remplies depuis longtemps par Desportes et Pélégot, le poste est supprimé, ces derniers se répartissant provisoirement les attributions restantes⁴¹⁴.

Cette section nous aura permis de montrer que le CGH fut une institution singulière. Les difficultés de la période révolutionnaire (difficultés financières, instabilité de la commission administrative, couplée à un recours accru aux systèmes d'assistance par une population devenue acteur politique) et les contraintes propres à la capitale rendirent possible un nouveau plan de gestion des secours, dont les objectifs furent progressivement et soigneusement élaborés par les services ministériels et préfectoraux. Le rôle de Frochot, premier préfet de la Seine, était connu, on a établi le rôle central de Frerson dans le dessein de la future entité et la fonction qui lui fut politiquement attribuée. Le CGH reprit des aspects de ses trois prédécesseurs d'Ancien Régime et les concentra en une entité fortement centralisée, marquée par une organisation bureaucratique, la notabilité ainsi que la philanthropie de ses membres – qui devait encourager les dons et legs, bien qu'on ne puisse qualifier l'institution de philanthropique en soi –, leur indépendance, leur stabilité, et la sous-représentation des médecins, chirurgiens, ou pharmaciens qui investissaient au même moment le Conseil de

414 Arr. CGH 47834 et 47835 du 28 novembre 1827, AAP 136 FOSS¹⁰¹ F°510 & 518. Le nombre de commissaires fut de nouveau augmenté d'un siège en 1828 avec le recrutement de Jourdan.

1.1.2 Une organisation bureaucratique et philanthropique

Salubrité de la Seine⁴¹⁵.

Après avoir examiné le contexte dans lequel le CGH a émergé et avoir décrit son organisation et sa composition, il convient d'étudier les pouvoirs qui furent les siens.

415 Sur la composition de ce dernier, voir François 1934.

1.2 Une institution indépendante ?

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

1.2.1.1 Entre ministre et préfet

ON A VU QUE le CGH relevait de la seconde, puis troisième division du ministère de l'Intérieur⁴¹⁶. L'autorité du dernier sur le premier ne se limitait pas à la nomination des membres étudiée dans la section précédente, et si le CGH détenait l'administration des hôpitaux, hospices et secours à domicile, il exerçait un nombre important de ses prérogatives sous le contrôle pointilleux et l'autorité du ministre. Ce dernier s'en était d'ailleurs assuré dès le départ en prenant un arrêté stipulant que « Le Ministre de l'intérieur approuve ou rectifie les délibérations ; à l'effet de quoi elles lui sont transmises par le président du Conseil général »⁴¹⁷. Tous les arrêtés, à l'exception des « affaires particulières, et de tout ce qui s'exécute en vertu de délibérations précédemment approuvées », devaient donc lui être soumis. La décision n'est pas anodine, et traduit la volonté du ministre d'exercer sa tutelle dans la mesure où moins d'un an auparavant, le même ministère de l'Intérieur⁴¹⁸ édictait une circulaire par laquelle il défendait expressément aux commissions administratives du pays de s'adresser directement à lui, leur rappelant qu'elles ne devaient avoir de relations qu'avec le sous-préfet sous la surveillance duquel elles étaient placées⁴¹⁹ – par la loi du 28 pluviôse an VIII (17 février 1800) sur la division du territoire.

Toutes les délibérations devaient être présentées au préfet dans les vingt-quatre heures, celui-ci soumettant au ministre dans les mêmes délais « celles des délibérations qu'il croira susceptibles de réformations ou de modifications, ou celles qui, par leur objet, exigeront une

416cf. supra p.83

417 Arrêté du 8 floréal an IX (28 avril 1801), cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.9.

418 Dont Lucien Bonaparte était alors à la tête.

419 Circulaire du 5 messidor an VIII (24 juin 1800), cf. Watteville 1847, p.68.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

autorisation définitive »⁴²⁰. La commission administrative ne pouvant appliquer les décisions du CGH qu'après qu'elles lui ont été transmises par le préfet.

Le CGH cumulait donc les travers de l'organisation bureaucratique : parce qu'il formait une entité supplémentaire entre le préfet et la commission administrative plutôt que de remplacer cette dernière, parce qu'il était l'objet d'une attention toute particulière de la part du pouvoir central, ses décisions étaient soumises à l'approbation d'autorités multipliées. Ce qui ne pouvait se traduire que par un rallongement et une complexification des procédures et la multiplication des conflits de compétence.

Ceci n'avait évidemment pas échappé aux premiers concernés, Camus faisant dès 1803 un exposé précis du processus de prise de décision en même temps qu'une description vivante des lourdeurs du système :

« Le second obstacle [à une bonne administration⁴²¹] est la multitude de rouages qui font de l'Administration des hospices une machine compliquée, dont les mouvemens sont d'une lenteur excessive. [...]

Un objet à décider est apporté d'abord dans les bureaux de la commission administrative, ou bien il est le résultat d'une question qui s'y est élevée. Le rapport est préparé par un employé, présenté par le chef de bureau ; la Commission délibère et l'adopte.

Le rapport de la commission est présenté au Conseil, quelquefois renvoyé à une commission qui fait un nouveau rapport. Nous le supposons adopté, parce que nous voulons donner pour exemple une question simple qui n'entraîne pas de difficulté.

Le Conseil a prononcé l'arrêté ; il est adressé au Préfet, c'est-à-dire remis dans ses bureaux ; le préfet en prend connoissance, et en ordonne l'adresse à la Commission administrative. Il n'y a pas d'affaire si minutieuse qu'elle ne se trouve assujettie à cette marche. Si c'est une affaire de quelque importance ; s'il y a des débats ; si le préfet est d'un avis différent de celui du conseil : ce seront bien d'autres formes et d'autres longueurs : d'abord pour constater les faits, prendre les renseignemens, ouvrir la discussion et la terminer ; ensuite le préfet rédige ses observations ; on les renvoie de ses bureaux à ceux du

420 Arrêté du ministre de l'Intérieur du 8 prairial an X (28 mai 1802) cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.10.

421 Le premier étant le défaut de fusion – réalisé quelques mois plus tard – entre les services de l'Agence des secours à domicile et de la commission administrative ; le troisième le manque de fonds.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

ministère de l'Intérieur ; elles y sont examinées ; le ministre les approuve ou les rejette. Dans le premier cas, on les renvoie au préfet qui en fait part au conseil : celui-ci délibère de nouveau, réforme son premier arrêté, renvoie le nouvel arrêté au préfet : enfin l'arrêté arrive à la commission administrative qui le fait passer dans ses bureaux, pour être adressé à la maison qu'il concerne. Quelques fois elle croit devoir rédiger des instructions sur l'exécution : nouvelles longueurs pour les préparer, quelquefois nouvelles difficultés proposées au conseil.

[...] On peut être surpris de la complication d'une forme d'Administration aussi extraordinaire ; mais on doit être bien plus étonné que ; malgré de tels embarras, il ait pu s'opérer, et qu'il s'opère encore journellement, quelque bien dans l'Administration des Hospices. »⁴²²

En simplifiant à l'extrême, on peut résumer le processus de décision ainsi :

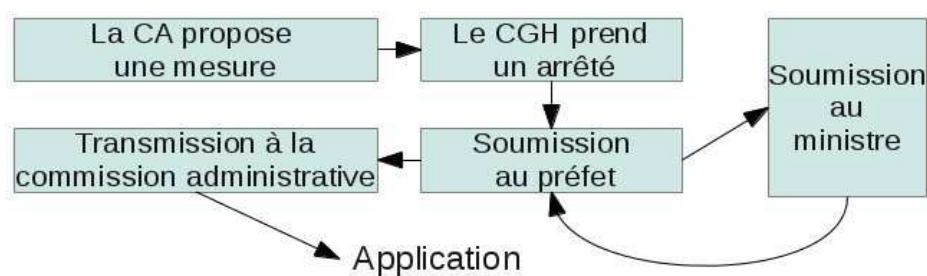


Illustration 3: La décision au filtre des tutelles

La première tutelle est donc le préfet. Il est, en la matière, à la fois juge et partie, et l'on conçoit qu'il lui ait été difficile de s'opposer en tant que tête du département à une décision qu'il aurait soumise à ses services en qualité de président du CGH. Ses absences régulières ne semblent pas avoir produit d'effet contraire : nous n'avons pas trouvé trace de sujet sur lequel le préfet se soit clairement opposé à une décision du CGH⁴²³. De fait, ce sont bien plus les ministres de l'Intérieur que les préfets qui vont exercer une tutelle pour tenter de limiter l'autonomie grandissante du CGH.

⁴²² Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, pp.7-8.

⁴²³ Avis confirmé par C. Duprat pour laquelle « l'appui de la préfecture [au CGH] lui fut vite acquis sans réserve ». cf. Duprat 1997, p.100.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

Pour ce faire, le ministre disposait principalement de trois leviers : la nomination des membres déjà abordée, les nominations de personnels administratifs ou médicaux⁴²⁴, et enfin et surtout le contrôle des dépenses.

La nomination des personnels semble n'avoir jamais été source de conflits notables. L'exercice de ce droit apparaissant dépendre largement du ministre en exercice. Ce fut parfois simplement pour y placer d'anciens collaborateurs : en germinal an X (mars 1802) le CGH demande au ministre d'approuver la nomination de deux personnes comme gardes du magasin général de Salpêtrière et de la Maternité (avec un salaire annuel de près de 3000F, loin d'être négligeable). Le ministre indique que suite à des réformes il a dû se séparer de « collaborateurs estimables » depuis longtemps attachés au département de l'Intérieur et donc familiers de l'administration des secours et des hôpitaux, qu'il a « pris l'engagement de [...] dédommager ». Il les nomme donc en lieu et place de ceux présentés par le CGH et le préfet⁴²⁵.

Autre exemple, pour des personnels médicaux cette fois : en 1808 Crétet refuse trois nominations, relevant manifestement du népotisme. En mars 1807 le CGH avait attribué deux places de suppléants à Dubois fils auprès de son père chirurgien de la maison de santé, et Delaroche fils également auprès de son père, médecin du même établissement⁴²⁶. C'est à l'occasion d'une troisième nomination – celle de François Aimé Cullerier comme suppléant de son célèbre oncle aux Vénériens⁴²⁷ – que le ministre invalide les trois décisions comme contraires au règlement – qui prévoyait la présentation de listes multiples au ministre pour les titulaires, les statuts d'« adjoints » et « suppléants » n'étant pas prévus dans le règlement du

424 Sur liste triple proposée par le CGH, prévu par l'art. 10 du règlement du service de santé du 4 ventôse an X, cf. Annexe VI.

425 AN F¹⁵ 1917.

426 cf. Arr. CGH 4756 du 18 mars 1807, AN F¹⁵ 1922.

427 Arr CGH 5464 du 23 septembre 1807, AN F¹⁵ 1922.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

service de santé⁴²⁸. La motivation réelle est visiblement moins le respect des formes que l'appréciation du statut de suppléant ou adjoint. Champagny, prédécesseur de Cretet, avait initialement validé la mesure en vertu du bienfait qu'elle apportait aux malades et nommé au même moment Bayle et Fouquier suppléants à la Charité en faisant explicitement valoir que le titre de suppléant n'ouvrait pas droit à la place de titulaire lorsqu'elle était vacante (et ne grevait pas le budget hospitalier, les adjoints et suppléants n'ayant pas d'appointements). C'est une opinion contraire sur le même point qui pousse Cretet à s'y opposer : « je pense que le service de la maison de santé n'exige pas qu'il soit nommé un adjoint au médecin chef. D'ailleurs les places de médecins adjoints sont presque toujours des titres à obtenir les places de médecins en chef lorsqu'elles sont vacantes : ce sont des espèces de survivances, et il n'entre point dans les vues du gouvernement d'accorder de survivances »⁴²⁹. L'argument ne porte pas sur les capacités des impétrants à assumer leurs fonctions, pas plus que sur la régularité de la procédure, mais sur la capacité future du ministre à exercer pleinement ses prérogatives : si le CGH place sans lui en référer des personnes à des rangs subalternes qu'il ne pourra raisonnablement éviter de nommer quand les places de « titulaires » seront en jeu, il se trouve indéniablement spolié de son droit et de son pouvoir. Enfin, si Montalivet, se trouvant exactement devant le même cas de figure, consent à adjoindre un médecin à Duméril en 1814, c'est qu'en 1810 le règlement sur le service de santé avait été modifié pour codifier la présence de suppléants, maintenant nommés par lui, comme les autres médecins et chirurgiens, sur liste triple⁴³⁰.

428 Cf. Annexe VI.

429 Lettre du 15 avril 1818, AN F¹⁵ 1922.

430 Arr. du ministre de l'Intérieur du 21 avril 1810 qui reprend en fait la délibération CGH du 31 août 1808. cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1818, vol.6 et Arr. CGH 6697 du 31 août 1808, AAP 136 FOSS¹⁶ F°553-556 respectivement.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

Mais surtout, la dépendance du CGH vis-à-vis du ministère était patente à travers le contrôle de ses dépenses, en particulier immobilières. L'arrêté du 10 brumaire an XIV⁴³¹ (1^{er} novembre 1805) prévoyait l'interdiction, pour les « administrations gratuites et charitables des pauvres et des hospices, tant à Paris que dans les autres départements » de procéder à des constructions ou réparations, « soit dehors soit dans l'intérieur des bâtimens hospitaliers », sans l'autorisation préalable du ministre de l'Intérieur pour les dépenses supérieures à mille francs, et de l'empereur en personne pour celles supérieures à dix mille francs. Pour ce faire, il fallait joindre à la demande et à l'avis du préfet la délibération de l'administration requérante, un mémoire justificatif, les moyens de pourvoir à la dépense, les plans et devis, et le vœu du conseil municipal (ici général). Les travaux devaient être mis en adjudication, et ratifiés par le préfet. La même procédure s'appliquait aux « réparations ordinaires et réputées locatives », autorisées par les administrateurs en assemblée générale et validées par le préfet coûtant plus de mille francs. Au-delà de 300F, « seule » l'approbation du préfet étant nécessaire⁴³². Ces dispositions étaient éventuellement applicables dans communes disposant d'un, voire deux hospices, on comprend qu'elles l'étaient beaucoup moins pour une administration qui dépensait entre trois et cinq cents milles francs par an en « construction et réparations », et parfois beaucoup plus si l'on prend en compte les « dépenses extraordinaires » qui y étaient souvent affectées⁴³³. Dans le premier cas, le pouvoir central ne jouait qu'un rôle exceptionnel en cas d'opération hors du commun, dans le second il avait un pouvoir de veto sur une majorité de décisions.

431 Et non 18 brumaire, comme l'indique à tort Bonde 1906, p.56, note 1.

432 cf. Duvergier 1836, p.275 T. XV pour l'arrêté original, Bonde 1906, p.56, note 1 pour une version plus synthétique.

433 cf. AAP série 1M. Ces dépenses extraordinaires, principalement affectées à des opérations de réfections et constructions, représentent par exemple près de 1.5 million de francs en 1825, soit 200% de la ligne budgétaire « constructions et réparations ».

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

Les membres du CGH tentèrent régulièrement de s'y soustraire. Une très intéressante « note sur divers actes du Conseil général d'administration des hospices de Paris »⁴³⁴ fait la liste, en 1818, à l'occasion des tensions générées par l'ordonnance du 18 février⁴³⁵, des griefs du ministre de l'Intérieur à l'endroit de l'aréopage de notables en charge des hôpitaux depuis une décennie.

Elle se limite à une liste de cinq « crimes de lèse-ministre », ce qui traduit assurément des relations somme toute peu houleuses. Mais aussi une vraie volonté, parfois, de passer outre la supervision ministérielle.

Les reproches vont du rejet d'application de décisions à portée limitée (exception faite de la première concernée), en l'espèce le refus de doubler les secours de 500F initialement accordés par le CGH à une veuve Lepreux⁴³⁶, au constat que le CGH a effectivement fait faire des travaux et réparations – lesquels ne sont pas détaillés, peut-être étaient-ils trop nombreux – pour des sommes considérables et sans avis du ministre ou du roi, en contravention du décret du 10 brumaire an XIV susmentionné. En passant par les plaintes récemment élevées par la commission de l'instruction publique à propos de l'établissement de cliniques officieuses à l'Hôtel-Dieu et des tentatives pour soustraire la clinique de l'hôpital de la Charité à la Faculté. Ce en quoi le CGH finira par triompher en 1824⁴³⁷.

Un épisode manifeste plus clairement un certain défi à l'autorité ministérielle : la manière

434 AN F¹⁵ 1926.

435 cf. supra pp.113 & sq.

436 Le dossier se trouve dans AN F¹⁵ 1925.

437 cf. Jourdan 1837, pp.38–43. La Faculté ne finançait que les « dépenses d'instruction », i.e. le traitement des professeurs, le reste étant à la charge du CGH. Dans un premier temps, le CGH remboursa la Faculté sur pièce. Puis on tenta de résoudre les litiges en établissant, comme pour les militaires, un prix de journée. « On ne fut pas mieux d'accord. D'un côté on était bien exigeant, de l'autre on devait être économe » (p.42 note 1). « Il y avait double dépense en frais d'administration, et comme c'était en définitive à la charge des pauvres que ces frais tombaient, le conseil général des hospices ne cessa de demander la réunion des deux établissements. Après plusieurs années de vaines instances, ses efforts furent couronnés et la réunion s'opéra en 1824. Sur les relations entre Faculté de Médecine et CGH concernant la clinique de la Charité, voir Wirirot 1970, pp.105–108.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

dont le CGH mit illégalement le ministre devant le fait accompli dans la translation de la maison de santé.

Les motifs qui avaient poussé le CGH à fonder la maison de santé en 1802 étaient multiples, mais la question financière n'y était certainement pas étrangère⁴³⁸. En juillet 1814, un premier rapport aborde un possible déménagement de l'établissement, qui permettrait d'augmenter les capacités sans assumer de frais en proportion. Dans l'hypothèse d'un nombre de lits passant de 125 à trois ou quatre cents « les frais généraux et [?] d'état major n'étant pas plus considérables il seroit facile de lui faire rapporter 70 à 80 000F »⁴³⁹. Or le rapport est suscité précisément par une opportunité : la maison de l'ancienne communauté des sœurs grises (ou dames Saint-Lazare), 112 rue du faubourg Saint-Denis, louée par l'administration à la ville, qui y a installé l'école des trompettes puis une compagnie de réserve. Les aménagements à réaliser sont limités : abattre des cloisons, réparer les dégradations faites par les Autrichiens, réparer les conduites d'eau (qui est abondante), former les services généraux, et gratter et badigeonner l'intérieur et l'extérieur de la maison, on les chiffre à une quarantaine de milliers de francs, dont un quart proviendrait de récupérations de matériaux d'autres établissements⁴⁴⁰. Il est prévu de pourvoir le mobilier de la même manière, pour l'équivalent de 60 000F.

Le CGH prend immédiatement un arrêté ordonnant le transfert à partir du 1^{er} octobre, s'appuyant sur le manque de place dans les locaux actuels, le bénéfice attendu, le rejet des différents projets antérieurs d'agrandissement jugés trop dispendieux, et l'adéquation des

438 Sur la maison de santé et les malades payants, voir infra section 2.1.4. On n'abordera dans les paragraphes qui suivent uniquement la façon dont fut décidé le changement de locaux.

439 Arr CGH 15379 du 27 juillet 1814, AAP 136 FOSS³⁵ F°191.

440 À comparer avec les 44 000F engagés pour l'agrandissement des bâtiments existants en 1809.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

bâtiments visés avec leur destination, réduisant les travaux à réaliser ; et chargeant le membre de la commission administrative responsable de cet hôpital de faire toutes les propositions nécessaires⁴⁴¹. La situation était manifestement jugée urgente, compte tenu des délais envisagés : deux mois pour aménager les bâtiments et procéder à la translation.

Le 29 septembre 1814, le ministre de Montesquiou se manifeste enfin, demandant des éclaircissements au préfet Chabrol en lui rappelant les dispositions du décret du 10 brumaire an XIV, ostensiblement ignoré. Les services préfectoraux, très occupés par la présence des alliés, semblent avoir fait la sourde oreille, puisqu'ils reçoivent en février 1815 une nouvelle lettre du ministère, plus pressante, enjoignant à accompagner les explications requises des pièces justificatives prévues par le décret (plans, coûts prévus, motivations, etc.)

Le Comte de Bondy, préfet de la Seine pendant les Cent Jours⁴⁴², répond finalement au ministre trois mois plus tard, le 18 mai 1815, en lui adressant un long rapport du CGH sur le bien-fondé de l'opération⁴⁴³, mentionnant incidemment que le Conseil a effectivement fait part de ses intentions *ex ante* par une lettre envoyée précipitamment quatre jours avant la séance du Conseil décidant de la translation parce que ce dernier croyait savoir que la préfecture souhaitait installer dans les locaux visés une caserne de pompiers, et justifiant les manquements aux formes légales par l'urgence de la situation⁴⁴⁴.

Placé devant le fait accompli, le ministre Montesquiou finit par donner son accord le 27 mai, en indiquant que comme son prédécesseur il pense que le CGH n'aurait pas dû commencer les travaux (qui sont sur le point de se finir) sans attendre l'autorisation préalable,

441 Cf. arrêté suivant, CGH 15379 bis, AAP 136 FOSS³⁵ F°192.

442 Il le sera également sous la seconde Restauration.

443 En reprenant les éléments susmentionnés : bénéfices attendus d'un agrandissement, étroitesse et incommodité des bâtiments existants, modicité des coûts d'aménagement des nouveaux, qui seraient financés par le produit de la vente d'une coupe extraordinaire de bois antécédente.

444 AN F¹⁵ 1924.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

et recommande au préfet « de veiller à ce que l'administration des Hospices ne s'écarte plus à l'avenir des bornes prescrites à ses attributions par les lois, les règlements, et les principes de l'administration. » Conséquemment, il indique réserver son agrément pour acheter une parcelle de terrain attenante que le CGH projetait de transformer en promenoir, à la soumission d'un complément de pièces justificatives. Le 10 janvier 1816, la translation est ordonnée, et le nouvel établissement prend le nom de maison royale de santé.

Plusieurs éléments d'intérêt peuvent être relevés au travers de l'histoire du déménagement de la maison de santé. Premièrement, la multiplicité des échelons administratifs engagés rendait effectivement problématique la gestion quotidienne des hôpitaux. On a vu que l'institution avait été souhaitée par les ministres de l'Intérieur, qu'ils y avaient accordé un soin particulier, et qu'elle avait un statut dérogatoire aux administrations hospitalières communes. Il n'était assurément pas beaucoup plus complexe de relever les seuils nécessitant l'approbation d'une autorité supérieure pour une institution représentant à elle seule entre un cinquième et un quart des dépenses hospitalières nationales⁴⁴⁵. S'y refuser ne peut que traduire la volonté de la maintenir autant que faire se peut sous le contrôle du pouvoir central. Deuxièmement, il n'est pas envisageable que les membres du CGH, considérant leur intime connaissance des dispositions légales et réglementaires et leur pointillisme à cet endroit en ce qui concernait leur institution, aient simplement omis l'absence de l'approbation ministérielle requise. De la même manière que leur gestion des listes soumises pour être nommé dans leurs rangs laisse voir des tentatives d'autonomisation, l'illégalité de la décision, même si le préfet en partage la faute, manifeste une certaine insoumission à la tutelle.

⁴⁴⁵ 25% vers l'an X d'après Frangos 1997, p.181 déjà cité note 155 p.51, et 21% en 1833 d'après Gasparin 1837, p.7.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

Bien qu'après 1818 et la tentative pour mettre le CGH au pas, les relations semblent avoir été pacifiées, les choses n'en furent pas simplifiées pour autant : en avril 1825, le CGH prenait un arrêté pour que le secrétaire de la commission administrative présente, chaque mois, l'état des arrêtés pris dans le mois précédent qui sont toujours dans les bureaux du préfet⁴⁴⁶. Il y a fort à parier que les administrateurs en poste auraient une troisième fois répété les plaintes que Camus élevait en 1803 sur les lourdeurs et lenteurs administratives⁴⁴⁷, dont Pastoret se faisait l'écho une décennie plus tard, et où il est difficile de ne pas voir une justification de leurs procédés dans le transfert de la Maison de Santé :

« On doit regretter que sa marche [au CGH] soit trop souvent ralentie par les formes lentes et multipliées que des règlements ont prescrites. Un mal se montre, on essaie d'appliquer un remède convenable ; mais plusieurs mois s'écoulent avant que la délibération puisse être exécutée. : si le mal s'est accru, le remède proposé est devenu insuffisant. S'il est une administration qui doit marcher avec quelque liberté, c'est celle de tant d'hommes éprouvés par de longs et honorables travaux, investis de la confiance du Souverain pour d'importantes fonctions, réunis par un sentiment commun d'humanité, ne pouvant avoir d'autre récompense que l'espoir d'exécuter le bien qu'ils méditent. Le besoin d'un malade, d'un indigent, a rarement le temps d'attendre ces inépuisables formalités, dont la longueur est multipliée encore par l'insouciance ou l'inactivité de ceux qui y concourent d'une manière secondaire, quelquefois même, par le désir de montrer leur présence et leur autorité. Le Grand Bureau des pauvres avoit bien un autre pouvoir, une autre facilité d'agir ; il étoit sûr d'imprimer à l'instant une bien autre obéissance. »⁴⁴⁸

Mais il était une autre tutelle s'exerçant sur le CGH, moins manifeste au quotidien, mais probablement plus lourde d'effets : les sources de recettes.

446 Arr CGH du 20 avril 1825, AAP 136 FOSS⁹⁰ F°405-405.

447 Citées p.131.

448 Pastoret 1816, pp.215–216. On notera la mention au Grand Bureau des pauvres et à sa regrettée indépendance, que nous avons déjà discutée, cf. supra pp.74 & sq.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

1.2.1.2 Octroi de bienfaisance : une lutte locale ?

Nous n'analyserons pas la totalité des recettes du CGH, et encore moins la structure de ses finances en détail⁴⁴⁹. L'objet de cette section est d'établir dans quelle mesure le CGH fut maître de ses moyens budgétaires.

Pour ce faire, on s'appuiera essentiellement sur les séries de comptes cotés 1M et 2M au service des archives de l'Assistance publique, une des rares sources complètes, à l'exception de l'année 1815, lacunaire sur toutes les séries. Auparavant, il est nécessaire d'attirer l'attention sur plusieurs points. Premièrement, et nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin, les comptes rendus par le CGH sont précis et semblent fiables, mais ils ont été confectionnés pour la première fois en 1807, après que les membres ont passé beaucoup de temps et d'énergie à y mettre de l'ordre. Nous savons que la situation financière était précaire et désorganisée : les chiffres que nous avançons ne représentent que les revenus budgétés pour les hospices aux années données. Ils ne tiennent pas compte des restants à recouvrer – quelquefois plusieurs années après – sur l'exercice donné ou les exercices antérieurs. Ces sommes, qui vont décroissant au fur et à mesure des exercices, traduisant l'apurement des comptes, représentent par exemple plus de 10% des recettes de l'an XI (1802-1803)⁴⁵⁰. Deuxièmement et à l'inverse, on a délibérément exclu des diagrammes qui suivent les opérations comptables enregistrées dans les comptes comme recettes ou dépenses d'ordre, celles-ci ne représentant pas d'encaissements ou de décaissements effectifs (i.e. en numéraire), mais des jeux d'écriture reflétant soit des opérations comptables d'équilibrage du budget inter-exercices, soit les appréciations ou dépréciations du patrimoine hospitalier⁴⁵¹. Bien que les

449 Pour une analyse très fouillée de l'économie hospitalière aux XIX^e et XX^e siècle, voir Domin 1998.

450 cf. AAP 1M1, comptes pour l'an XI.

451 À l'heure actuelle, en comptabilité publique, les opérations d'ordre doivent nécessairement être équilibrées

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

montants soient sur certains exercices comptables très importants⁴⁵², les prendre en compte nous aurait amené à entrer dans un luxe de détails sans grand bénéfice ici, au risque de nous faire perdre de vue l'objet de notre présente analyse. Troisièmement, la forme des comptes varie – non pas fondamentalement, mais significativement cependant – sur l'ensemble de la période considérée, tout comme les agrégats que recouvrent nombre de lignes budgétaires. L'illustration la plus manifeste de ceci est que jusqu'en 1817, les revenus sont attribués aux trois grandes branches d'activité du CGH : hôpitaux et hospices, enfants trouvés, secours à domicile. Après, les revenus imputables aux hôpitaux et hospices et aux secours à domicile sont fusionnés, ceux des enfants-trouvés restant seuls distincts. Nous avons recomposé ces agrégats pour rendre les comparaisons possibles, et établi pour ce faire une terminologie qui n'est pas toujours identique à celle des sources, ce qui explique une présentation parfois assez divergente de ces dernières dans les pages qui suivent.

en dépenses et en recettes (les dépenses d'ordre en fonctionnement équilibrent les recettes d'ordre en investissement). Ces opérations permettent notamment de comptabiliser les amortissements de l'établissement public ou de la collectivité.

452 Plus de trois et quatre millions de francs pour les exercices 1825 et 1830 respectivement.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

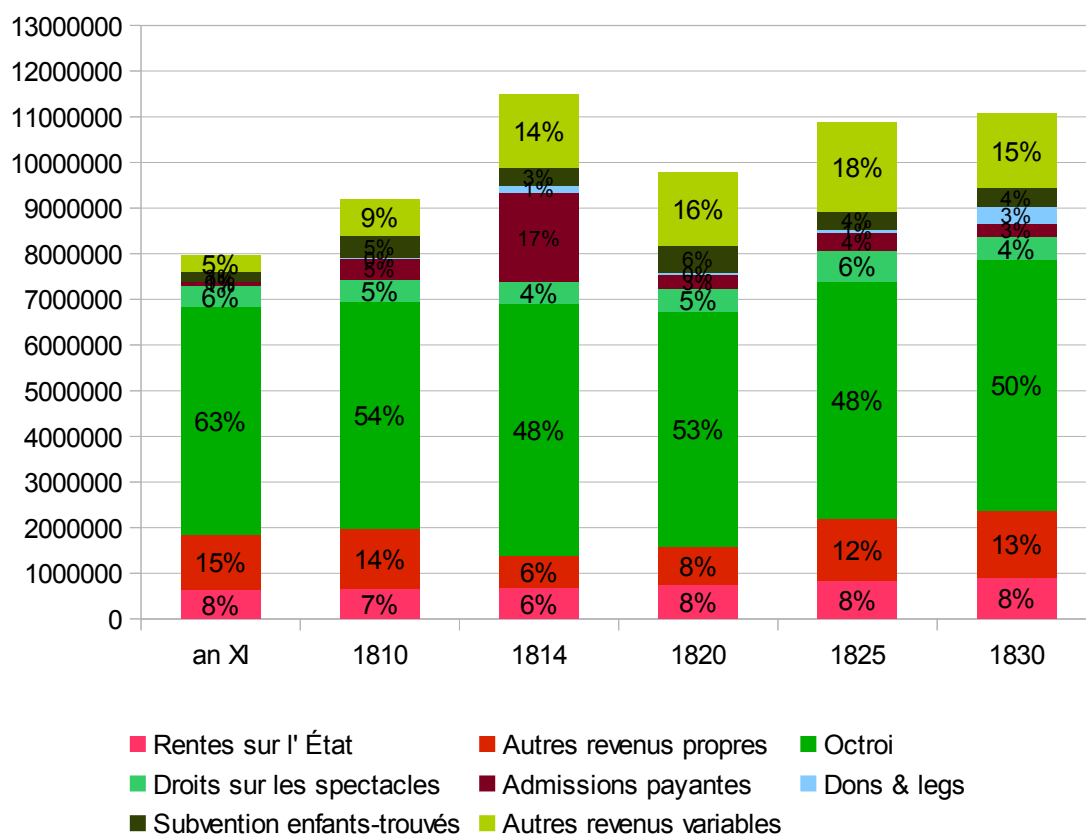


Illustration 4: Revenus du CGH, 1802-1830. Sources : AAP série 1M et 2M (compte non tenu des opérations d'ordre, excédents/restants à recouvrer, et fondation Montyon)

Quantitativement d'abord, sur l'ensemble de la période, les ressources annuelles du CGH sont en nette augmentation : elles progressent de 56%, passant de 7 996 864F à 12 467 490F. D'un point de vue qualitatif, et en reprenant le vocable comptable de l'époque, il est flagrant à quel point les « revenus fixes » sont faibles comparés aux revenus dits variables. Les premiers regroupent en quelque sorte les revenus assurés d'une année sur l'autre : rentes, mais aussi loyers de maisons (en argent ou parfois en nature) ou revenus de remplacement, et fermages (en nature, parfois en argent), appartenant en propre au CGH. Les seconds correspondant au produit de divers marchés, des intérêts de capitaux placés, les frais de scolarités versés par les élèves sage-femmes, les frais acquittés pour admission (par les malades payants et les rentes

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

pour admission dans les hospices comme Montrouge), etc.

Nous reviendrons plus loin sur la catégorie « autre revenus variables » ci-dessus indifférenciée. Ce qui est patent dans la distribution des revenus, c'est la place prépondérante de l'octroi, la modicité des dons et legs que le ministre Chaptal et le préfet Frochot espéraient susciter en nommant de grands notables philanthropes comme conseillers et la marginalité des revenus tirés des admis (à l'exception de l'année 1814, en raison du nombre de militaires, soignés contre prix de journée⁴⁵³).

On a dit que Thermidor, puis le Directoire avaient dû revenir sur des lois révolutionnaires et rendre aux établissements charitables leurs biens (notamment immeubles)⁴⁵⁴. Il est évident que les revenus que le CGH en tirait étaient insuffisants. La principale source de ces revenus, c'était l'octroi : il représente 62% des recettes en 1802 et 44% en 1825 et 1830.

Sous ce rapport, le poids du préfet pourrait sembler écrasant : président du conseil avec voix prépondérante, en sus d'être le passage obligé de toutes les résolutions importantes⁴⁵⁵, il « décidait, au Conseil général de la Seine, de la subvention fournie aux Enfants-Trouvés et de tout crédit exceptionnel pour restauration du patrimoine ou secours des temps de crise. Enfin, comme maire central de Paris, il présidait au vote de l'allocation accordée sur l'octroi et à l'examen de toutes les demandes soumises par les Hospices au Conseil municipal »⁴⁵⁶.

L'importance de l'échelon municipal pour les questions sanitaires et médicales, en France et en Allemagne a par ailleurs été très justement soulignée par P. Bourdelais et I. von

453 cf. infra section 1.2.2.1. On mesure bien la situation exceptionnelle des hospices en 1814, mais les séries étant lacunaires, et la situation financière relativement longue à se rétablir, il n'était pas possible de prendre une année entre 1814 et 1818.

454 supra p.50.

455 cf. supra p.131.

456 Duprat 1997, p.99.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

Bueltzingsloewen.⁴⁵⁷ Et, de fait, la principale source financière se trouvait sous le contrôle municipal.

L'octroi⁴⁵⁸ (taxe perçue à l'entrée de la ville sur une série de marchandises devant y être vendues), droit d'Ancien Régime aboli en 1791, avait été rétabli par la loi du 27 vendémiaire an VII (18 octobre 1798, qui régit l'octroi pendant tout le XIX^e siècle) initialement pour rétablir les finances de la ville de Paris (le département était alors endetté pour plus de huit millions de francs) et en particulier pour lui permettre d'assumer les charges d'assistance, l'article premier portant « Il sera perçu, par la commune de Paris, un octroi municipal et de bienfaisance, conformément au tarif annexé à la présente loi, spécialement destiné à l'acquit de ses dépenses locales, et de préférence à celle de ses hospices et des secours à domicile ». Les principaux produits taxés étaient les alcools, la viande, le fourrage et le bois, à un taux largement plus faible que sous l'Ancien Régime « pour prévenir les critiques et faire adopter plus facilement par le public le retour aux anciens usages »⁴⁵⁹.

D'abord confiée à la surveillance de trois régisseurs immédiatement subordonnés au ministère de l'Intérieur par un arrêté du 3 brumaire (24 octobre 1798), la régie municipale à Paris se transforma en régie intéressée par des fermiers privés le 9 fructidor an VIII (30 août 1800), puis en 1804 la perception des contributions indirectes fut confiée à la *Régie des droits réunis*, avec un directeur général et plusieurs administrateurs, nommés par le gouvernement central ou l'exécutif⁴⁶⁰.

457 Bourdelais 2007 ; Bueltzingsloewen 1997, pp.50 & sq.

458 Sur l'octroi de Paris, outre les ouvrages susmentionnés, on pourra consulter Claustre 2001.

459 Saint-Julien & Bienaymé 1887, p.118. Pour le détail des produits et les quotités, on consultera la reconstitution des tarifs contenue dans la seconde partie de l'ouvrage.

Le rétablissement des droits d'octroi fut généralisé à l'ensemble du territoire par la loi du 27 frimaire an VIII (18 décembre 1799), les communes devant en présenter la demande au gouvernement. Devant l'avalanche de requêtes, la loi du 5 ventôse an VIII (26 février 1800) rendit l'octroi possible dans toutes les villes où l'insuffisance des ressources hospitalières serait « notoirement reconnue ».

460 Saint-Julien & Bienaymé 1887, pp.121–122.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

Le mode de gérance et de perception de l'octroi, tout comme son niveau, qui variaient durant la période, n'entrent pas dans notre étude. Nous voulons simplement indiquer que le CGH n'avait pas de pouvoir sur sa principale source de revenus. À la vérité, il n'est pas facile de savoir qui avait effectivement la main sur la politique fiscale parisienne. Mais il semble bien qu'en matière d'octroi, le conseil municipal et le préfet cédassent le premier rôle au ministre, au moins pendant toute la première moitié du XIX^e siècle.

Ce sont bien des agents municipaux qui sont chargés de la perception, et un arrêté général du 4 thermidor an X (23 juillet 1802) prévoit que les communes jouissent pleinement de l'octroi et peuvent en augmenter l'assiette et les taux. Mais la même loi prévoit également que les budgets des villes de plus de vingt mille habitants sont déférés par les préfets au ministre de l'Intérieur, et par le ministre au gouvernement qui les fixe définitivement, le titre V de la loi – intitulé « Dispositions particulières à la ville de Paris » – imposant même un contrôle ministériel accru⁴⁶¹.

Ce qui fait dire à Passy, pourtant enclin à exagérer les pouvoirs du préfet, que

« L'Empereur fut conduit à accaparer la direction supérieure des finances et des affaires de la ville de Paris. [...] L'Empereur examinait ces états et projets de budget, puis les renvoyait approuvés ou modifiés au ministre de l'intérieur, qui à son tour les renvoyait accompagnés d'un rapport au conseil d'État. Le conseil d'État, dont le préfet de la Seine et le préfet de police étaient membres, arrêtait une rédaction définitive. Cette rédaction était soumise de nouveau à l'Empereur, qui décrétait ou autorisait.

Dans une semblable organisation, quelle place était réservée au conseil général faisant fonction de conseil municipal ? On ne sait que répondre. Le hasard des circonstances ou le caprice du maître altérait ou respectait les prescriptions de la loi. De 1800 à 1806, le conseil

461 Duvergier 1836, p.256, Tome XIII: dans les villes de plus de 20 000 habitants, le budget voté par le conseil municipal est soumis par le sous-préfet, préfet et ministre, lesquels donnent chacun leur avis, avant validation définitive par les Consuls. Pour Paris, c'est le ministre de l'Intérieur qui présente pour délibération au conseil général l'état des recettes et dépenses transmis par les deux préfets. Une fois délibéré, le conseil transmet de nouveau l'état au ministre, qui le présente au gouvernement pour être définitivement arrêté. Le ministre a donc un pouvoir de modification *a priori* et de contrôle *a posteriori*.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

général remplit les fonctions de conseil municipal et délibéra régulièrement sur le budget municipal ; mais de 1806 à 1815, il fut, dans le fond des choses, remplacé par le Conseil d'État, tandis que l'Empereur, de son côté, remplaça le ministre. »⁴⁶²

La liberté laissée à la municipalité de Paris était donc fort limitée. Cela était d'autant plus vrai en matière d'octroi que dès l'an XII, un autre arrêté⁴⁶³ vint le retirer des prérogatives du ministre de l'Intérieur et chargeât le ministre des Finances de leur organisation et de leur surveillance. L'effet n'alla pas à contre-courant et « dès lors, le caractère fiscal au profit de l'État tend à s'accroître »⁴⁶⁴ : rapidement⁴⁶⁵ l'État préleva 5% sur les produits de l'octroi des villes de plus de 4 000 habitants, puis, en 1806 10% des octrois supérieurs à 20 000F annuels⁴⁶⁶.

On finira cette brève présentation en mentionnant que l'octroi fut enfin modifié par le décret de 1809, suivi d'ordonnances de 1814 et 1816 indiquant les divers modes de perception autorisés, les matières sur lesquelles l'impôt peut être assis, et définit le droit de surveillance des maires, par lesquelles, pour Cadoux, « l'État a gardé la haute main sur les octrois »⁴⁶⁷ et ceci sans grande altération jusqu'à une loi de juillet 1867.

Ceci nous permet d'établir que la tutelle du ministère de l'Intérieur sur le CGH ne se limitait pas aux nominations ou au contrôle de ses arrêtés. Il portait également, par voie de

462 Passy 1867, pp.243–244.

463 Arrêté du 5 germinal an XII (26 mars 1804).

464 Cadoux 1900, p.347.

465 Arrêté du 24 frimaire an XI (15 décembre 1802).

466 Saint-Julien & Bienaymé 1887, pp.121–122. On précisera que les pouvoirs du ministère des Finances en matière d'organisation et de surveillance de l'octroi ne signifiait pas qu'il qu'il assume également le contrôle budgétaire des communes, qui resta entre les mains du ministère de l'Intérieur.

467 Cadoux 1900, p.348. Paris avait un régime dérogatoire nous l'avons dit, dont on ne peut penser qu'il dégageait la ville de la tutelle étatique : le conseil municipal pouvait proroger ou établir de nouvelles taxes, mais uniquement après soumission au gouvernement. L'administration de l'octroi à Paris étant depuis 1814 faite par un directeur et trois régisseurs placés sous l'autorité du préfet et le contrôle du directeur général des contributions directes, lesquels sont tous nommés par le ministre ou le roi.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

conséquence, sur ses finances.

Quasiment dès sa création, le CGH va protester de la faiblesse de ses revenus, et régulièrement demander que la somme lui revenant sur les produits de l'octroi soit majorée – le conseil général se plaignant lui aussi au ministre des sommes prélevées pour abonder le budget de l'État⁴⁶⁸. Ainsi, en germinal an XI, le CGH fait adresser au Conseil général de département « le tableau de la population des hospices et du prix de journée » pour justifier qu'il lui soit versé cinq millions de francs sur l'octroi⁴⁶⁹. Il écrit dans le même temps au ministre pour lui signifier sa détresse financière, due aux dettes qu'il doit acquitter et au retard de versement de sa part sur l'octroi, « en lui déclarant que le service des hospices est prêt à manquer faute de pouvoir payer les créances exigibles et de pouvoir acheter les farines et le vin dont les provisions sont épuisées »⁴⁷⁰. Deux mois plus tard, il ne manque pas de renvoyer des comptes prévisionnels rectifiés, du fait que la commune n'a pas accédé à sa requête, celle-ci lui accordant 4,2 millions de francs, soit un déficit de 900 000F⁴⁷¹. Le même jeu se répète l'année suivante⁴⁷², et régulièrement par la suite, en 1810⁴⁷³ ou 1817⁴⁷⁴.

468 cf. AN F¹⁵ 1874 : en l'an IX la commune présente un budget prévisionnel en déficit de 425 245,89F, en précisant qu'il serait un excédent de 1 536 008,33F si le ministère ne prélevait rien sur l'octroi. Le CGH recourra régulièrement à ce type d'argument, présentant des budgets déficitaires, en indiquant le bénéfice qu'il dégagerait si les revenus de l'octroi ou les fonds versés par le département pour les enfants abandonnés étaient supérieurs, etc.

469 Arr. CGH 1366 du 9 germinal XI (30 mars 1803), AAP 136 FOSS⁴ F°278.

470 Arr. CGH 1387 du 16 germinal an XI (6 avril 1803), AAP 136 FOSS⁴.

471 Arr. CGH 1468 du 28 floréal an XI (18 mai 1803), AAP 136 FOSS⁴ F°453-456.

472 Arr. CGH 2389 du 20 thermidor an XII (8 août 1804), AAP 136 FOSS⁷ F°168. Le CGH, « considérant l'impossibilité d'établir un ordre certain dans l'administration des hospices, et dans les dépenses considérables qu'exige la réparation des pertes qu'ils ont éprouvées pendant la révolution et pendant qu'ils ont été livrés aux entreprises, pertes sensibles surtout quant au mauvais état ou défaut absolu de literie, linge et autres mobiliers » arrête qu'il sera demandé au Ministre de solliciter le gouvernement pour réunir la somme de 5 309 429F sur les octrois de Paris, somme identique à celle de l'année précédente.

473 cf. Arr. CGH du 27 juin 1810, AAP 136 FOSS²² F° 2368-269 où le CGH argue de l'augmentation du nombre de journées de malades et d'indigents, de l'insuffisance des fonds accordés par le département pour les enfants abandonnés et des retards de paiement des sommes dues par les Quinze-Vingts pour le pain que la boulangerie centrale leur fournit.

474 Où c'est Delessert qui prend la plume pour se plaindre au ministre du fait que les revenus de l'octroi dont bénéficie le CGH soient passés de cinq à quatre millions et demi de francs.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

Il est intéressant de noter quelques autres points concernant l'octroi : d'abord, son tarif fut régulièrement revu, ce qui explique son quasi-doublement entre 1802 et 1804 (cf. Cadoux 1900, p.356), bien plus qu'une soudaine prospérité économique. Secondement, la tendance pendant la période est à transférer des perceptions directes à l'octroi. C'est le cas par exemple de la perception mobilière de la ville de Paris, supprimée en 1803 et remplacée par un prélèvement sur l'octroi⁴⁷⁵. Or, il est évident que pour assurer un rendement au moins égal, il devint nécessaire d'accroître la quotité et/ou l'assiette de l'octroi, et donc son volume. Si, dans un premier temps, la loi du 19 frimaire an VIII (10 décembre 1799), ajouta un premier supplément de taxe d'un cinquième en faveur des hospices, par la suite la part de l'octroi allant abonder les caisses du CGH fut à la discrétion de la ville (et donc du ministre, comme on l'a montré). Mais, en tout état de cause, on s'attend *prima facie* à ce que la formidable montée en charge de cet impôt⁴⁷⁶ allège les difficultés financières des hospices. Il n'en est rien. Catherine Duprat l'a déjà montré, on ne reviendra donc pas ici en détail sur ce point⁴⁷⁷. On se limitera à indiquer ce que le diagramme précédent fait apparaître : l'octroi, tout en restant la principale source de revenus, voit sa part diminuer au fil de la période ; et ce que C. Duprat a établi : il en est de même pour la part du produit de l'octroi affecté à l'administration hospitalière. Cette dernière reste à peu près stable en valeur absolue entre 1802 et 1815 (autour de 4 900 000 en moyenne, avec un maximum de 5 810 128F en 1812 et un minimum de 4 464 000 en 1815, 1816 et 1820), croît quelque peu entre 1821 et 1830 (5 503 540 en moyenne décennale), alors qu'elle baisse en proportion : 45.9% du produit de l'octroi est versé à l'administration hospitalière en l'an XI, la chute continue est enregistrée dès l'année suivante (28,8% en l'an

475 cf. Saint-Julien & Bienaymé 1887, pp.121–123 ; Passy 1867, p.274. Les avantages de ce type de politique fiscale étaient largement les mêmes alors qu'aujourd'hui : des frais de perception proportionnellement moindre, le caractère « indolore » et éventuellement non-redistributif des impôts sur la consommation.

476 Donc le volume passe de onze à vingt-quatre millions de francs de 1801 à 1830. L'augmentation fut rapide : le produit de l'octroi, après 1804, stagne autour des 20 000 000F, crût de 1819 à 1826 pour atteindre 30 000 000F, puis de chuta jusqu'en 1831, avant de progresser par palier jusqu'à la fin du siècle.

477 cf. Duprat 1997, pp.126–127. Nos chiffres quant au montant de l'octroi perçu par le CGH diffèrent négligemment, probablement en raison de la façon dont elle prend en compte les frais de perception.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

XII, 19,8% pour la moyenne décennale 1820-1830) :

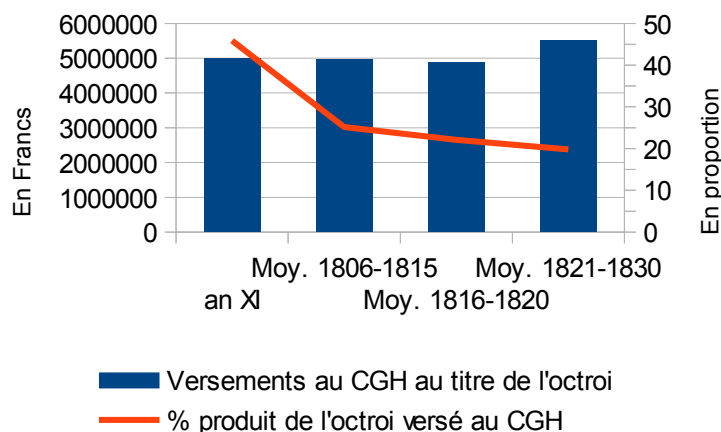


Illustration 5: Part de l'octroi versée au CGH, d'après Duprat 1997, p.126.

Cette stabilité n'est pas compensée par d'autres versements de la ville : « La municipalité continua imperturbablement à attribuer aux œuvres sociales une portion constante et même décroissante de ses budgets : 13,4% en 1819, 10,4% en 1825, 11,9% en 1829 »⁴⁷⁸. L'analyse est également exacte pour l'Empire, comme l'indique l'Illustration 4.

Ce qui explique la croissance du budget du CGH pendant la période, outre la légère valorisation de la part de l'octroi, c'est la croissance de la catégorie « autres revenus variables ». Malheureusement, la représentation de ces revenus – reproduit en annexe XIV – n'est que de peu d'utilité, pour deux raisons : une partie importante d'entre eux, liés aux droits perçus sur les marchés, passent entre 1815 et 1820 dans la ligne de revenus « fixes » (ici qualifiés de « propres ») sans que la nature de ces revenus justifie un tel changement autrement que pour des raisons strictement comptables. Deuxièmement, la part la plus conséquente de ces revenus est subsumée sous la catégorie des « recettes extraordinaires »,

⁴⁷⁸ Marchand 1993, pp.36–37, ce qui pour B. Marchand ne traduit pas « que la Restauration ait négligé la capitale », mais « l'aveuglement du pouvoir dans une ville qui commençait à exploser ».

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

incorporant elle-même des produits de marché et des ventes d'immeubles pour plus de la moitié de ses montants.

Il est beaucoup plus intéressant pour de notre démarche, nous semble-t-il, de considérer dans leur ensemble les recettes dont le CGH était assuré ou sur lesquelles il pouvait influencer, de celles qui étaient hors de son pouvoir, et qu'il se contentait d'enregistrer. C'est le sens de la distinction comptable faite entre revenus « fixes » et « variables » dans les comptes⁴⁷⁹.

La structure des revenus du CGH se modifie : sous la pression de l'Empereur puis de la Restauration, il va procéder à des aliénations de patrimoine foncier – vestige de son passé – dont les revenus vont servir à renflouer les caisses de la ville ou de l'État, en contrepartie de rentes ou de droits. Sous l'Empire, il semble que ce soit la volonté de Napoléon d'embellir Paris et de « résoudre les difficultés financières de la ville en utilisant à nouveau le bien des pauvres pour soulager le déficit de son budget et pour restaurer les finances municipales »⁴⁸⁰ qui explique ces choix ; sous la Restauration, une vision plus économique : liquider le patrimoine hospitalier pour le placer en rentes sur l'État servait le double objectif « d'assurer un financement nouveau pour l'économie du pays et le développement industriel [et] de renforcer l'indépendance financière des hôpitaux afin de diminuer le volume des subventions municipales »⁴⁸¹.

On ne reviendra pas ici en détail sur les différentes étapes qui menèrent à la vente d'une part importante des biens fonciers⁴⁸². On se limitera à exposer que ces aliénations furent

479 Les premiers comprenant essentiellement les loyers, fermages et rentes ; les seconds des taxes diverses, les admissions payantes (malades et indigents), les dons et legs, les subventions étatiques ou départementales, etc. cf. supra Illustration 4 et Annexe XIV sur les divers revenus variables.

480 Sainte Fare Garnot 1992, p.155.

481 Domin 2007, p.17.

482 En sus des deux articles précédents, on pourra consulter Passy 1867, pp.460 & sq ; Des Cilleuls 1900,

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

imposées au CGH dans la plupart des cas, et que le produit en fut placé pour l'essentiel au Mont-de-Piété, en rentes sur l'État et versées à la ville de Paris en contrepartie de droits sur quinze halles et marchés⁴⁸³. Marchés dont les administrateurs ne voulaient et pour cause : N. Sainte Fare Garnot estime qu'ils n'ont « rien retiré de cette vente : ils ont largement entamé leur patrimoine et se retrouvent désormais en charge d'un “département” dont le rapport, très éloigné de leur mission première, n'apportait pas en raison de l'inflation ».

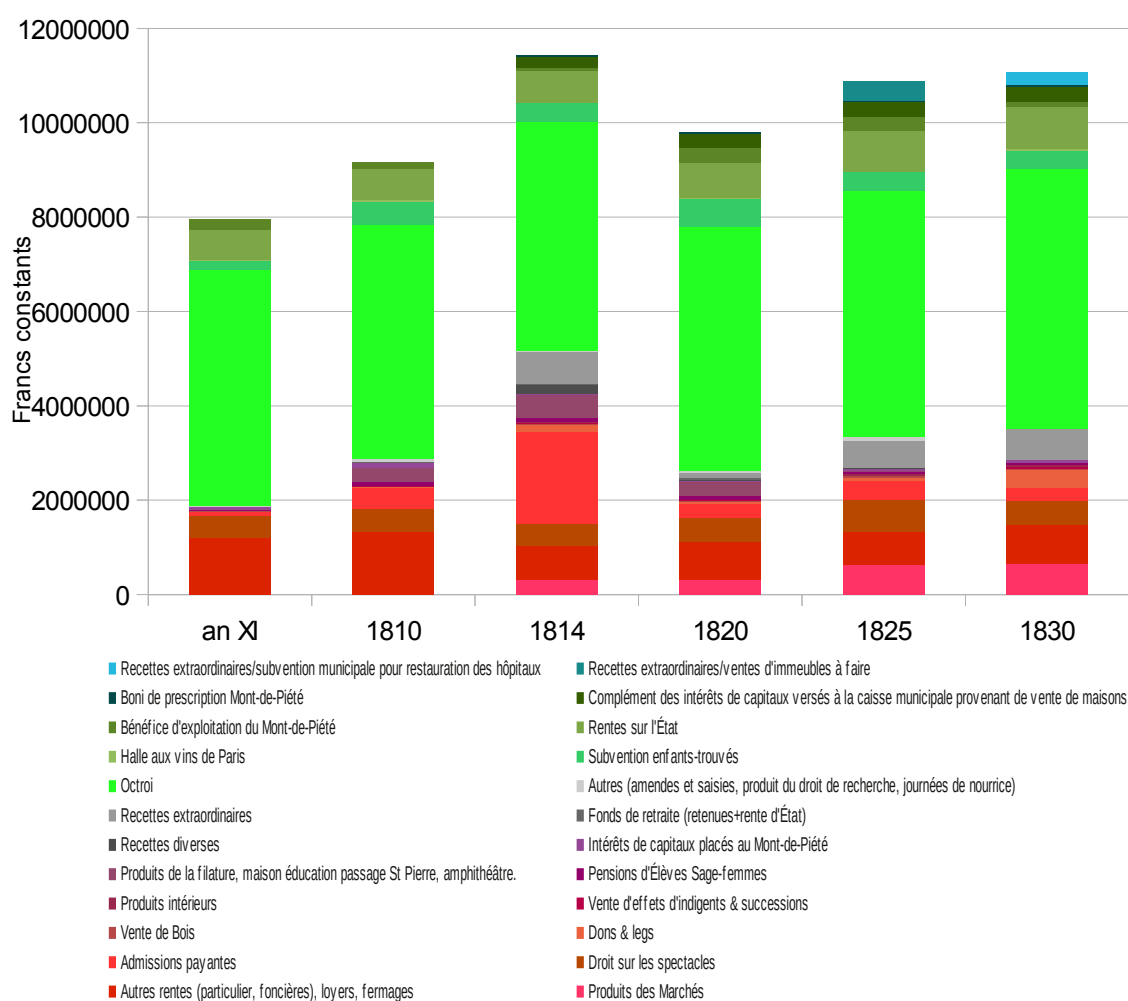


Illustration 6: La tutelle sur les recettes du CGH, 1801-1830.

pp.160–164 et surtout Bonde 1906, pp.40–110. Ce dernier recense la vente, entre 1806 et 1815 de plus de la moitié des 768 propriétés urbaines (dont 665 maisons) que possédait le CGH (pp.83), un arrêté impérial du 24 février 1811 imposant la mise « en vente de l'ensemble des propriétés qu'ils [les hospices] possédaient à Paris. »

483 Provenant de la location d'emplacements aux boutiquiers.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

Ce diagramme n'est qu'une version plus détaillée de celui figurant p.142, dans lequel on a regroupé, de part et d'autre des recettes extraordinaires, les revenus sur lesquels le CGH pouvait mener une politique financière, et ceux qui venaient abonder son budget en vertu de décisions qui lui étaient étrangères. Les premiers (en rouge/orange) regroupent les loyers et fermages, qu'il pouvait relever, les prix de journées (ou rentes pour admission dans les hospices) qu'il pouvait moduler, etc. On y a ajouté les droits sur les spectacles et guinguettes : bien qu'il ne fut pas maître de la quotité de la taxe, ce droit était perçu par une régie intéressée dont il dirigeait l'adjudication⁴⁸⁴. Les seconds (en vert/bleu) les revenus sur lesquels il ne décidait ni de la gestion, ni de la perception, ni des montants, qui lui était versé par l'État ou la municipalité, les rendant assimilables, en quelque sorte, à une subvention – au premier desquels vient l'octroi, la subvention due par le département pour les enfants-trouvés⁴⁸⁵, etc. On y a enfin ajouté les rentes sur l'État, dans la mesure où bien que le CGH en ait été formellement propriétaire, il ne décida pas de l'affectation de ces capitaux, dont les revenus sortaient de sa capacité d'intervention : rapidement, l'État les déclara inaliénables pour éviter la fuite des capitaux qu'il avait captés⁴⁸⁶.

Présenté de la sorte, un double constat s'impose de l'examen des sources de financement.

Premièrement, la marge de manœuvre du Conseil est faible et s'érode au fur et à mesure des années, et c'est précisément une des raisons pour lesquelles les administrateurs tentèrent de s'opposer à l'aliénation de leur patrimoine foncier, outre le fait que certains économistes et les administrateurs de l'époque jugeaient le rendement des rentes plus incertain que celui des

484 Sur l'histoire de cet impôt, cf. Renaud & Riquier 1997, pp.1–17.

485 La dépense desquels se trouvaient être à la charge des départements depuis la loi du 13 floréal an X (3 mai 1802), cf. Imbert 1954, p.172.

486 Domin 2007, p.21.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

biens fonciers⁴⁸⁷ – ce qui n'était guère étonnant un peu plus d'une décennie après la fin des assignats. Alors qu'en 1810, 30% de ses ressources proviennent de revenus sur lesquels il a pouvoir décisionnaire, cette part n'est plus que de 24% en 1820 et 25% en 1830. Deuxièmement, les hospices de Paris, sous la pression du pouvoir central, sont très en avance dans la modification de leurs sources de revenus. Alors qu'au niveau national ce n'est qu'en 1883 que les rentes sur l'État supplantent le patrimoine immobilier dans les recettes, avec pour objectif – manqué – d'« assurer une rénovation du financement hospitalier et permettre aux établissements de soins de rompre avec la logique caritative d'Ancien Régime »⁴⁸⁸, cette répartition est pratiquement atteinte à Paris en 1814, et définitivement établie en 1820. En 1810, les revenus tirés de rentes sur l'État représentent 50% de ceux issus du patrimoine immobilier, 106% en 1820 et 111% en 1830.

Cet examen succinct des principales bases de financement du CGH indique un autre aspect de sa dépendance à l'égard du ministère de l'Intérieur, au-delà de la seule question de la nomination de ses membres. Il souligne également un défaut d'influence de l'administration hospitalière sur ses tutelles, comme en témoigne le partage de plus en plus défavorable du produit de l'octroi. Le Conseil n'aura pas réussi à renverser une situation dont il se plaignait dès sa création :

« le sujet des plaintes du Conseil, est que l'on accorde pas sur l'octroi une somme suffisante.

L'insuffisance des fonds alloués et l'incertitude des paimens, font appréhender que les hospices ne retombent très-incessamment dans la triste situation dont le Conseil les avoit fait sortir [...]. Le Conseil hésite à autoriser aucune dépense ; il est arrêté sur les réparations et sur les dispositions les plus urgentes, parce qu'il ne sait pas s'il sera en

487 Sur les différents arguments, voir Domin 2007, pp.12–13.

488 Domin 2007, p.22.

1.2.1 Un instrument (sous tutelle) politique

état de faire payer les dépenses qu'il autoriserait »⁴⁸⁹

Ce qui n'empêcha pas ministres et préfets de chercher à s'appuyer sur le Conseil des hospices pour parer à des situations critiques ou promouvoir des politiques spécifiques.

⁴⁸⁹ Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.25.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

La vaccination antivariolique reste vraisemblablement la référence en matière d'action publique sanitaire et de prévention⁴⁹⁰ : dirigée contre une maladie spécifique, triomphante – avec presque deux siècles de retard il est vrai – et promise à un avenir thérapeutique de premier plan⁴⁹¹, révélatrice d'un nouveau rapport de l'individu et de l'État au corps et à la santé⁴⁹², elle a suscité nombre d'études⁴⁹³.

Dans les efforts de l'État et des élites pour promouvoir la vaccination, le CGH joua certainement un rôle : le fondateur du comité de vaccine, le Duc de La Rochefoucauld Liancourt, fut un éminent membre du CGH (quoi que bien plus tard), tout comme Thouret. On ne fera pas ici la liste des membres du CGH, médecins des hôpitaux, etc. qui promurent la vaccination⁴⁹⁴, cheval de bataille de nombre de philanthropes du premier XIX^e siècle. On sait déjà combien les expériences menées dans les hôpitaux – et en particulier ceux de la capitale – sur les orphelins sous tutelle des administrateurs hospitaliers furent importantes pour emporter l'assentiment d'une grande part des notables, telle la contre-épreuve organisée le 21 novembre 1801 où 102 enfants orphelins parisiens vaccinés 8 à 15 mois auparavant furent inoculés pour prouver l'efficacité du vaccin⁴⁹⁵. Trente-six d'entre eux furent ensuite couchés avec des enfants varioleux, ou durent porter leurs chemises, pour les mêmes fins.

L'histoire de la vaccination en France dans le premier XIX^e siècle appartient à l'histoire du comité centrale de vaccine et à ses émanations locales bien plus qu'au CGH, aussi il n'y aurait pas grand sens à y consacrer force détails ici. Par delà les proximités de personnes et les

490 cf. D. Porter 1999, pp.128 & sq.

491 Pour une histoire contemporaine de la vaccination et de l'expansion de son champ, cf. Moulin 1996.

492 cf. Bourdelais 2003, pp.45–75 ; Vigarello 1999, pp.142–148.

493 Au-delà des ouvrages susmentionnés, les références en français restent Bercé 1984 ; Darmon 1985. Plus récemment, sous l'angle d'une histoire politique des sciences et du risque, voir Fressoz 2012a, chap.1 & 2.

494 Pour une liste des membres du comité central de vaccine, voir Bazin 2001.

495 L'expérience a été relatée maintes et maintes fois. Elle est bien analysée par Fressoz 2012b, pp.81–86.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

expérimentations pratiquées dans les hôpitaux, le rôle le plus durable qui revint aux administrations hospitalières fut l'entretien du « fluide vaccinal » : s'assurer d'avoir toujours des personnes sur lesquelles on pourrait prélever du pus variolique pour pratiquer l'inoculation de bras à bras. C'est la raison pour laquelle le CGH s'acquitta pendant toute la période des dépenses afférentes à l'hospice de l'inoculation, et qu'il s'assura de l'envoi régulier des orphelins dont il avait par ailleurs la charge⁴⁹⁶. Il ne faisait qu'assurer, plus précocement que les autres, un des vingt-cinq « dépôt de vaccin » qui seront institués par décret en 1809⁴⁹⁷.

Il ne se priva pas, par contre, de profiter de l'envergure que lui donnait ses prérogatives uniques en matière de secours hospitaliers, placement des enfants et secours à domicile pour pousser plus loin l'effort vaccinateur. Après l'instauration de cours de vaccination à l'école des sages-femmes, les mesures à destination des populations furent d'abord incitatives, avec le versement de secours extraordinaires en nature – par le truchement des bureaux de bienfaisance – aux indigents dont les enfants sont vaccinés⁴⁹⁸. Puis, devant le peu d'engouement, on se mit à manier la carotte et le bâton : les nourrices ne seraient payées que sur certificat de vaccination, et se verraient octroyer un bonus pour les soins donnés après l'opération⁴⁹⁹.

La mesure n'ayant guère plus de succès, on se décida à passer à la manière forte. En 1814, constatant un fléchissement dans le rythme des vaccinations, une délibération interdit

496 cf. par exemple arr. CGH 32973, du 3 juin 1821, 136 FOSS⁷¹ F°91, qui prévoit que

1. le membre de la commission administrative chargé de la surveillance de l'hospice des Enfants trouvés et des Orphelins fera envoyer 2 fois par semaine, et plus souvent si le service l'exige, le nombre d'enfants jugé nécessaire par le médecin de l'hospice pour assurer le service de la vaccination, sa propagation, et l'envoi du vaccin dans les départements.

2. Les enfants qui devront être envoyés à l'hospice de Vaccine seront désignés par les médecins des enfants trouvés et des Orphelins, ils devront être choisis parmi les plus forts, les plus sains et les plus beaux

3. Les enfants des deux hospices, immédiatement après l'opération de la vaccine, retourneront dans les établissements dont ils dépendent, mais on prendra dans les 2 hospices toutes les précautions nécessaires pour la conservation des boutons, à cet effet les enfants auront du linge plus fin. [...]

497 Fressoz 2012b, p.83 ; Faure 1993, pp.106–107

498 Arr. CGH 10592 du 22 mai 1811, AAP 136 FOSS²⁵ F°73-74.

499 Arr. CGH 1375 du 21 juillet 1813, AAP 136 FOSS³¹ F°501-502. Bonus très modeste : 1,5F.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

l'admission d'enfants non vaccinés dans les écoles de charité des bureaux de bienfaisance⁵⁰⁰. Et, en 1815, un arrêté prévoit purement et simplement de rayer des listes d'indigence les parents n'ayant pas fait vacciner leurs enfants⁵⁰¹. La mesure ne fut vraisemblablement jamais appliquée, et n'enraya certainement pas la chute des vaccinations⁵⁰². On revint alors aux mesures incitatives : des séances de vaccination hebdomadaires et gratuites – ouvrant éventuellement droit à un secours en argent – dans les hôpitaux, puis au Bureau Central d'Admission⁵⁰³.

Mais bien au-delà de son soutien plus ou moins coercitif à la diffusion de la vaccination, l'atout que pouvait représenter pour le pouvoir central le CGH comme institution centralisant la gestion de l'ensemble des secours de la capitale n'apparaît peut-être nulle part aussi clairement que lors des deux principales crises auxquelles ce dernier eut à faire face : la chute de l'Empire et l'épidémie de choléra de 1832.

L'objet n'est pas, ici, de revenir en détail sur ces deux moments, leurs déterminants et leurs conséquences. Ils ont été étudiés dans un nombre gigantesque de travaux, bien mieux que nous ne pourrions le faire ici. Nous nous limiterons donc à placer ces deux périodes de tension dans le déroulé plus général de notre argument, en tentant d'apprécier le rôle que joua le Conseil, et de dégager d'éventuelles régularités dans sa gestion de crise : Armand Husson avait-il raison d'écrire que « dans ces deux grandes crises de notre cité, le conseil resta

500 Délibération du 19 octobre 1814, Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1818, vol.VIII.

501 Arr CGH 16625 du 22 février 1815, AAP 136 FOSS³⁷ F°405.

502 Qui passèrent pour l'ensemble du territoire de 750 000 en 1812 (chiffres officiels vraisemblablement assez optimistes) à 350 000 en 1820. cf. Bourdelais 2003, p.74.

503 cf. Arr. CGH 36846 du 13 novembre 1822, AAP 136 FOSS⁷⁹ F°59-60 ; 42773 du 1^{er} septembre 1825, AAP 136 FOSS⁹² F°234-236 respectivement.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

inébranlable à son poste et fut partant à la hauteur des évènements »⁵⁰⁴ ?

1.2.2.1 1814 : blessés & typhus

La première crise sanitaire d'envergure survint en 1814, avec la fin de la retraite de Russie : au flot de soldats blessés vint s'ajouter une épidémie de typhus.

Les hôpitaux civils, de Paris comme de province, ont une longue tradition d'accueil de militaires, en particulier dans les villes n'étant pas des villes de garnison⁵⁰⁵. Ils ont aussi, de ce fait une longue tradition de griefs et contentieux avec le ministère de la Guerre, lequel n'était pas toujours diligent dans le paiement des indemnités journalières (dites « prix de journée ») qu'il devait verser.

Deux hôpitaux militaires existaient déjà à Paris : le Gros-Caillou et le Val-de-Grâce, lesquels n'étaient pas – tout comme les Invalides – sous l'administration du CGH mais du ministère de la Guerre. Mais ils ne pouvaient toujours pourvoir à l'ensemble des besoins, et des soldats étaient régulièrement dirigés vers les hôpitaux civils, moyennant un prix de journée établi à 1,2F. Ainsi, après 495 militaires reçus à l'Hôtel-Dieu en 1808, ce sont 4 810 d'entre-eux qui y sont traités en 1809 et 2 532 pour les deux premiers mois de 1810, date à laquelle le ministère ne s'est toujours pas acquitté des sommes dues depuis 1808, représentant un arriéré de plus de 110 000F⁵⁰⁶. À Paris, le CGH accentua progressivement ses efforts dans ce sens, en mettant des locaux dans d'autres établissements à la disposition des militaires : un local particulier pour le traitement de ses soldats à Saint-Louis en 1810⁵⁰⁷, ou à la Pitié (alors

504 AAP, 38 FOSS pp.24-25.

505 cf. Imbert 1993, pp.163–169.

506 Arr. CGH 9158 du 28 mars 1810, AAP 136 FOSS²¹ F°474-479.

507 Arr. CGH 9775 du 19 septembre 1810, AAP 136 FOSS²³.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

annexe de l'Hôtel-Dieu) en 1812⁵⁰⁸.

Les proportions changèrent en 1814. En 1813, en moyenne 545 militaires résident dans les hôpitaux civils, ils sont 714 au premier janvier 1814. Dès le 7 janvier 1814, le Conseil écrit au directeur du Val-de-Grâce pour l'enjoindre de cesser d'envoyer à l'Hôtel-Dieu son surplus de blessés, ce dernier ayant atteint la limite de ses capacités d'accueil. En vain : durant les 12 jours suivants, plus de 300 militaires y seront reçus. Dès lors, il devient nécessaire « de reporter sur Bicêtre et la Salpêtrière les incurables et les infirmes qui sont dans nos hôpitaux, puisqu'on ne peut plus les placer à l'ancienne Pharmacie centrale ainsi que l'avoit décidé le Conseil. »⁵⁰⁹ Opération qui, « contrariait les vues du Conseil, en ce qu'elle favorisoit l'idée assez habituelle dans les hôpitaux de malades, que l'admission dans ces maisons est un moyen assuré de parvenir dans les hospices »⁵¹⁰. En vérité, nous le verrons, il se pourrait que ce fut un mal pour un bien, et que l'afflux de militaires ait eu pour effet d'accélérer significativement le transfert vers les hospices des infirmes et vieillards dont les hôpitaux ne devaient plus assumer la charge.

Mais les mesures sont rapidement insuffisantes, et le Conseil doit à la hâte mettre sur pied des lits supplémentaires alors que « l'administration militaire n'avoit [...] pu préparer aucun des moyens qui eussent facilité ces évacuations » et qu'elle n'a pas non plus perdu l'habitude de payer son dû en retard. Dès le 9 février, Mazeau, commissaire des guerres, demande la mise à disposition sous deux jours de 7 000 lits pour recevoir des militaires. C'était trop demander, mais le CGH réussit la gageure de dégager en trois jours 4 350 lits supplémentaires

508 Arr. CGH 11817 du 25 mars 1812, 136 FOSS²⁷ F°501.

509 Arr CGH 14558 du 19 janvier 1814, 136 FOSS³² F° 68-69. Le nombre initial de 383 infirmes (provenant essentiellement de l'Hôtel-Dieu, de la Pitié et de Saint-Louis), et porté à 500 le 2 février. L'ancienne pharmacie centrale était alors occupée par une fabrique d'armes. Elle fut finalement transformée en hôpital temporaire de 400 lits en mai 1814. cf. arr. CGH 14981 du 11 mai 1814, AAP 136 FOSS³⁴ F°182.

510 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.5. Sur le problème des admissions dans les hospices et des transferts inter-établissements, cf. infra section 2.2.1.2.1.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

dans les hospices⁵¹¹, notamment en faisant dormir plusieurs indigents par lit et en accordant des permissions de sortie à volonté⁵¹². Aussi importants qu'aient été les efforts, ils devaient être encore mis en défaut par le flot croissant de malades et blessés battant retraite avec les vestiges de l'armée impériale. Pour y remédier, on pensa d'abord réquisitionner le château de Bercy, la maison Léget près du pont d'Austerlitz, et les Invalides. Devant les obstacles, et sur proposition du préfet, on choisit une solution qui fera florès en 1832 : l'érection d'hôpitaux temporaires. Le premier magistrat du département suggère à cet effet les trois abattoirs du Roule, Ménilmontant et Montmartre.

« Aucun de ces abattoirs n'étoit achevé ; plusieurs des bâtiments qui les composent, étoient sans portes, sans fenêtres ; ils n'étoient entourés d'aucune clôture ; les cours étoient encombrées de pierres, de bois, de matériaux de toute espèce : en six jours les cours furent nettoyées ; le plus grand nombre des fenêtres furent achevées, les salles carrelées ou plancheyées ; une clôture provisoire fut faite autour de l'enceinte de chacun de ces Abattoirs. En huit jours, à compter de celui de la circulaire de M. le Préfet, les Abattoirs furent rendus propres à recevoir 6,000 malades. »⁵¹³

4 100 soldats y furent accueillis. Coût de l'opération : 100 000F, couverts par un versement de l'administration de la guerre de 213 000F sur les 240 000F qu'elle devait pour les journées de militaire de 1813⁵¹⁴ et surtout des dons de la population, sur lesquels nous reviendrons⁵¹⁵.

La suite est connue : bien qu'ils soient administrés par le CGH et dirigés par des agents de

511 2200 à Salpêtrière, 1200 à Bicêtre, 450 aux Incurables Hommes et 500 aux Incurables Femmes. cf. Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.8.

512 Arr. CGH 14657 du 9 février 1814, AAP 136 FOSS³³ F°200-203. À Bicêtre et la Salpêtrière on ajoute des lits dans les couloirs (à 18 pouces d'écart, pour laisser passer les fauteuils), on évacue les indigents de certaines salles. À la Salpêtrière l'économe doit faire des lits avec des solives et planches de bateau, on établit des dortoirs pour les indigents dans les ateliers. On va jusqu'à murer des portes et placer des sentinelles, pour éviter les désertions.

513 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.13. Les délais particulièrement courts sont d'autant plus impressionnants que les décisions de construire ces trois abattoirs dataient de 1810 et 1811, cf. Du Camp 1870, p.518.

514 500 000F restants impayés au titre des deux premiers mois de 1814.

515 cf. infra p.163.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

surveillance nommés par lui, les hôpitaux temporaires sont réservés à la réception de militaires uniquement. Le service de santé y est commandé par Percy, chirurgien des armées. Avec l'invasion du territoire, les capacités d'accueil font encore défaut. Le CGH décida de ne plus prendre en charge les civils que par les secours à domicile (largement épaulés par la Société Philanthropique), limitant les admissions dans les hôpitaux aux derniers recours. Des baraques en bois sont construites à Salpêtrière, Saint-Louis et aux Vénériens, recevant 10 à 12 000 malades. À la veille de l'assaut sur Paris, 3 000 soldats sortent des établissements hospitaliers, pour fuir ou participer à la bataille finale, alors que le lendemain, 31 mars, l'administration des hôpitaux militaires quitte la cité, laissant le CGH administrer temporairement les quatre hôpitaux militaires du Val-de-Grâce, Montaigu, Gros-Caillou et Suresnes. Dès l'entrée des armées alliées, Stack, chirurgien en chef, fait une première demande de 6 000 lits, bientôt suivie d'une seconde pour un nombre identique de places. Le CGH accéda à la première en évacuant les soldats français des hôpitaux temporaires « dans les salles, dans les corridors, dans les églises des Hôpitaux ordinaires »⁵¹⁶ et fit droit à la seconde en réquisitionnant les casernes de Courbevoie, Saint-Denis et le Couvent des Oiseaux⁵¹⁷. Mettant une nouvelle fois à contribution la générosité des Parisiens pour pourvoir aux besoins en linge et literie, les hôpitaux sont organisés selon la nationalité de leurs pensionnaires. Aux Russes et leurs célèbres cosaques les hôpitaux de Ménilmontant, du Roule, Montmartre et de Courbevoie ; aux Autrichiens, Bavares et Badois les établissements de Lourcine et Montaigu ; le Val-de-Grâce, le Gros-Caillou et le Couvent aux Oiseaux sont enfin réservés aux Prussiens, qui demandent rapidement 500 lits supplémentaires : un quartier de la Salpêtrière leur est accordé. La population des hôpitaux atteint alors 31 000 personnes, dont 20 à 22 000 dans les hôpitaux et hospices permanents et temporaires sous administration

516 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.19.

517 Connue pour avoir été une prison pendant la Terreur, il était situé rue de Sèvres.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

du CGH et 10 à 12 000 dans les hôpitaux militaires permanents⁵¹⁸. Le Conseil administre donc une population double de l'ordinaire, et augmente sa capacité d'accueil propre d'environ 30% par rapport à sa valeur nominale pré-invasion, en l'espace de quelques semaines⁵¹⁹.

Les hôpitaux militaires reviendront rapidement sous administration du ministère de la Guerre, les hôpitaux temporaires seront démantelés entre 15 juillet et le 15 septembre 1814⁵²⁰. Les 135 malades y résidant encore furent transférés à la Pitié.

Au total, ce sont 133 378 soldats qui furent admis dans les établissements du CGH⁵²¹, dont 50 000 militaires français et 22 000 alliés entre le 30 mars au 31 décembre 1814⁵²² et 4 500 admissions pour la seule journée du 30 mars 1814.

Sur l'ensemble de l'année 1814, 47 533 malades civils furent traités dans les hôpitaux du CGH, produisant 1 237 106 journées, et 69 974 militaires (47 862 français et 22 112 alliés) cumulant 1 306 475 journées. Sur la totalité des journées de militaires, seules 509 258 furent assumées par les hôpitaux temporaires, qui leur été réservés⁵²³. L'essentiel des soins fut donc apporté par l'infrastructure existante (en l'occurrence les cinq hôpitaux et cinq hospices recevant des militaires), et aux dépens des malades civils⁵²⁴. Même en considérant les 5 983

518 cf. Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.20 et Tableau VI *nota*.

519 Première mesure, l'évacuation des indigents des hôpitaux date du 21 janvier, l'érection des hôpitaux temporaires date de la mi-février.

520 Une partie d'entre eux, ainsi que la caserne de Saint-Denis retournèrent à cette destination après les Cents-Jours et Waterloo en juin 1815. Le commissaire des guerres exigeait alors 8 000 lits, tant pour les alliés que les Français blessés. Le CGH, qui estimait ne pouvoir en fournir de 4 000, recourut aux solutions éprouvées un an auparavant : on réinstalla deux hôpitaux temporaires dans les abattoirs du Roule et de Ménilmontant, en faisant à nouveau appel aux dons de la population et grâce à une avance de 200 000F du ministère de la Guerre et 169 000F de la préfecture. (Mauger 1905, p.266). Mais le 19 juillet 1815, le préfet fait parvenir les desiderata de différents « chefs de service de santé de l'armée anglaise » qui souhaite qu'un hôpital dans la caserne de la ville de Saint-Denis. Malgré l'opposition du Conseil, du préfet et de la ville, il fallut céder, et transférer les aménagements faits à Ménilmontant dans la Caserne de Saint-Denis. cf. correspondance CGH du 19 juillet 1815, AAP 136 FOSS³⁹.

521 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.22.

522 Trébuchet 1850a, p.118.

523 175 892 à Montmartre, 133 305 à Courbevoie, 85 727 à Ménilmontant, 77 273 au Roule et 37 061 à Saint-Martin, d'après AAP 1M2.

524 L'Hôtel-Dieu (186 164 journées de militaires), Saint-Louis (181 087), la Pitié (102 136), les Vénériens (31 110) et Saint-Antoine (25 273). Les hospices étant la Salpêtrière (141 886 journées de militaires), Bicêtre

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

valides des hospices et leurs 3 252 069 journées, c'est presque 23% des journées d'hôpitaux et d'hospices pour 1814 qui servirent à pallier les insuffisances du service de santé des armées.

Voilà pour les faits saillants⁵²⁵. De là, trois aspects nous semblent mériter une attention plus particulière.

Premièrement, on a vu que le CGH se plaignait régulièrement du peu de fonds dont il disposait pour remplir ses fonctions, et du fait que la structure de ses recettes le plaçait dans la dépendance du pouvoir central. Pourtant, à la fin de l'année 1814, la situation financière, sans être meilleure « n'est pas plus mauvaise qu'elle ne l'étoit avant la crise »⁵²⁶. Pour ce faire, le Conseil joua de la patience de ses fournisseurs, se vit bénéficier de quelques prélèvements supplémentaires sur l'octroi, et se fit rembourser les sommes dues par le ministère de la Guerre – avec une célérité manifestement inaccoutumée – en ... nature : des farines pour la boulangerie centrale à concurrence de 1 360 571 francs⁵²⁷.

Peut-être surtout, ce qui évita la faillite de l'institution, ce fut les dons privés. La générosité de la population parisienne pour les blessés a été maintes fois rapportée, les appels aux dons – relayés par les maires d'arrondissements – lancés par le préfet et le CGH ayant été couronnés de succès. Ce dernier semble sincère dans son hommage appuyé aux « habitants de Paris » : outre une reconnaissance marquée dans plusieurs arrêtés qui n'avaient pas vocation à être

(65 272), les Incurables-Femmes (34 971), les Incurables-Hommes (26 228), et les Orphelins (3 089).

525 Lesquels ont été ici extrêmement condensés. Pour des détails supplémentaires, on pourra se reporter par exemple à Mauger 1905, pp.251–271, aisément accessible – notamment sur Internet –, mais qui ne fait que reprendre Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815.

526 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.23.

527 Ceci en 1814. En 1815, la situation fut plus difficile : les titulaires de fermages, mis en difficultés par les contributions de guerre, se trouvèrent en cessation de paiement en janvier 1816, et les fournitures de farines encore dues furent suspendues d'après Mauger 1905, p.271

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

rendus publics⁵²⁸, il dédie à la population de la capitale son « Compte rendu du service des établissements » pendant l'année 1814⁵²⁹ et insiste :

« Il faut avoir été témoin de cet enthousiasme général de sensibilité et de générosité, pour être suffisamment pénétré de la reconnaissance qu'il mérite. Les portes des Mairies étoient assiégées de charrettes, de portefaix, de particuliers de toutes les classes et de toutes les fortunes ; on se pressoit pour aborder le lieu où l'on pouvoit déposer son offrande. Les avenues d'un spectacle, au jour d'une première représentation, celles du Trésor royal, aux heures du paiement, ne présentent pas une foule plus empressée ; chacun apportoit plus qu'on n'eût osé espérer, et chacun s'excusoit de ne pas apporter davantage et demandoit s'il falloit plus encore. On a vu des malheureux logés dans des greniers, ôter le matelas de leur lit, pour l'offrir à la Mairie, s'offenser du refus bienveillant que faisoit le Maire d'accepter les dons de l'indigence, et se retirer en laissant leur offrande, sans permettre que leur nom fût connu. Toujours dans cette circonstance la modestie accompagnoit la générosité. »⁵³⁰

Aux 136 000F de libéralités récoltées en numéraire, il faut ajouter des dons effectivement très importants en nature (literie, linge et couverture essentiellement), dont la valeur est (sous-)estimée à 352 395,82F⁵³¹. Autrement dit, même largement sous-évalués, plus de 26% des coûts furent directement et volontairement assumés par la population parisienne. Si bien que de l'aveu même des administrateurs « à la fin de 1813, la plus grande proportion des lits dans les Hôpitaux n'étoit garnie que d'un matelas ; tous aujourd'hui sont garnis de deux refaits

528 cf. par exemple l'arr. CGH 17735 du 9 mars 1814, AAP 136 FOSS³³ F°318, qui salue la conduite des administrateurs, sœurs, médecins, chirurgiens et employés grâce à laquelle de nouveaux hôpitaux temporaires « spatieux » purent être mis en fonctionnement en peu de temps, et souligne l'importance des dons. « l'empressement général a complètement rempli les espérances qui avaient été conçues lorsque M. le Préfet a invoqué l'humanité et le patriotisme des habitants de Paris.[...] le Conseil général déclare avec une profonde reconnaissance que c'est aux habitants de Paris qu'il doit l'avantage d'avoir pu jusqu'à ce jour remplir la tâche honorable dont il s'est chargé. »

529 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.4 : « Nous adressons l'hommage de cet intéressant récit aux habitants de Paris. C'est le seul qui puisse être digne de leur générosité compatissante pour le malheur. C'est vers eux comme vers leur source, que le Conseil général aime à reporter l'utilité de ses soins assidus, le bonheur d'avoir rempli ses devoirs. »

530 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.12.

531 Sous-estimée, car le CGH l'a chiffrée d'après la valeur de revente, et non une hypothétique valeur d'achat. cf. Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, tableau IV.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

à neuf »⁵³², et encore, une part importante du mobilier donné, trop nombreux et trop hétéroclite, fut cédée aux bureaux de bienfaisance dès juillet 1814⁵³³.

Paradoxalement, donc, le confort des malades *post hoc* devait être sensiblement amélioré par la crise de 1814, la générosité de la population venant pallier l'insuffisance chronique des investissements du CGH et améliorer la prise en charge des blessés de guerre qui aurait incontestablement été beaucoup plus difficile sans elle. De fait, les taux de mortalité enregistrés pour les militaires admis dans les hôpitaux du CGH (aussi bien permanents que temporaires) sont égaux ou inférieurs à ceux des civils⁵³⁴ et l'état-major allié lui-même a jugé que les soins reçus par ses soldats étaient dignes d'éloges⁵³⁵.

Autre point intéressant : on comprend aisément que l'on ait confié au CGH le soin des militaires blessés : il dispose de ressources hospitalières importantes, la situation militaire est critique, etc. C'est exact, mais c'est probablement sous-estimer deux données d'importance. Premièrement, dès janvier 1814, soit plus de deux mois avant la bataille de Paris, alors que les armées alliées sont encore à 150km à l'est de la capitale, les hôpitaux militaires du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou sont déjà surpeuplés et le Conseil informe le Val-de-Grâce qu'il ne peut assumer la charge des blessés surnuméraires. Deuxièmement, cette charge n'entraîne pas *a priori* dans les compétences du CGH, qui ne les assumait qu'à son corps défendant : un mois

532 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.23

533 Arr. CGH 15297 du 3 juillet 1814, AAP 136 FOSS³⁵ F°79, qui prévoit les dons aux bureaux de bienfaisance, sauf pour les couchettes qui pourraient être utiles au service des employés et arr. CGH 15368 du 27 juillet 1814, AAP 136 FOSS³⁵ F°169-170 répartissant 800 couchettes et 400 lits de sangle entre les quarante-huit bureaux.

534 13% pour les malades civils, 13,17% pour les militaires français, et 4% pour les militaires alliés d'après Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, Tableau XIV. Ce qui indique clairement que les soldats les plus grièvement blessés mourraient avant d'entrer dans les hôpitaux, mais qu'une fois admis, leurs conditions de prises en charge étaient sensiblement équivalentes à celles des malades civils.

535 cf. lettre du 3 juin 1814 du Général Jackson (?) remerciant des soins donnés aux troupes alliées, AAP 136 FOSS³⁴ F°340. La pièce est déficitaire, bien qu'inventoriée. Il peut s'agir de Fabian Gottlieb von Osten-Sacken, Général d'infanterie de l'armée russe, brièvement gouverneur-général de Paris.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

plus tard, fin février, alors que Mazeau, commissaire ordonnateur de l'administration de la guerre informe le Conseil que le ministre de l'Intérieur et de la Guerre souhaitent qu'il se charge de la surveillance des hôpitaux temporaires, ce sont le préfet et deux membres du CGH (Barbé-Marbois et Trutat) qui sollicitent le ministre pour présenter les objections du Conseil et signifier son opposition⁵³⁶ : pour eux, c'est au service de santé militaire d'assurer les soins dus à ses soldats. Le corps des médecins militaires – qui deviendra le service de santé des armées – est esquissé dès 1708 par un édit de Louis XIV créant des « offices de médecins et chirurgiens des armées du roi »⁵³⁷. Dès 1747 les commissaires des guerres, responsables de la logistique, se voient confiés une « autorité spéciale dans le service de santé militaire. Ils sont chargés de l'autorité disciplinaire et de la gestion administrative, donc du contrôle financier des hôpitaux militaires. » D'où « une lutte longue, “*âpre et continuelle*” entre le corps médical et l'Intendance »⁵³⁸, laquelle ne prendra fin qu'en 1882⁵³⁹ quand le service de santé accèdera à l'autonomie. Mise à mal par la levée en masse, la stratégie napoléonienne et l'anéantissement des institutions médicales pendant la Révolution, entravée dans ses actions par sa bicéphalie – laquelle fait écrire à M. Grmek que sous le Premier Empire « l'heure de gloire de la chirurgie militaire est aussi celle de la faillite de l'administration sanitaire »⁵⁴⁰ –, il est clair que la médecine militaire n'était guère apte à faire face à l'envergure des problèmes posés par la fin de la campagne de France.

Pour autant, la réorganisation opérée depuis la fin de l'Ancien Régime aurait pu donner lieu à un recours moins extensif aux capacités d'accueil du CGH. Premièrement, la volonté de rapprocher les soins médicaux des combats, et non plus seulement en incorporant des

536 Arr. CGH 14675 du 23 février 1814, AAP 136 FOSS³³ F°237.

537 Sur l'histoire du service de santé des armées, on consultera Comité d'histoire du Service de santé 1982, en particulier le volume 2 : *De la Révolution française au conflit mondial de 1914*.

538 Meynen 2009.

539 Pour l'armée de Terre, 1835 pour la marine.

540 Grmek 1986, p.185.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

personnels médicaux dans les unités, avait commandé la création d'ambulances, initialement définies comme « hôpital sédentaire rapproché du champ de bataille » (ordonnance du 2 mai 1781 portant règlement général concernant les hôpitaux militaires), puis d'hôpitaux sédentaires et d'hôpitaux ambulants (loi du 5 mai 1792). Une hiérarchie de dispositifs et d'équipement sanitaires plus ou moins mobiles, de « l'ambulance volante » aux hôpitaux militaires permanents, en passant par les hôpitaux de campagne, hôpitaux d'évacuation et hôpitaux temporaires devait assurer les soins aux unités combattantes⁵⁴¹. Percy⁵⁴² tenta de créer, pendant la guerre d'Espagne (1809) un corps d'infirmier, de brancardier et de chirurgiens militaires, alors que Larrey⁵⁴³ essayait de réformer les relations entre service sanitaire et Intendance. Efforts rendus vains, selon P. Huard, par l'attitude ambiguë voire négligente de l'Empereur à l'endroit du service de santé⁵⁴⁴. C'est également à ces deux chirurgiens en chef des armées que l'on doit les premiers essais d'ambulance volante : celle de Larrey dès 1792 est utilisée pendant la campagne d'Italie pour l'évacuation des blessés, celle de Percy⁵⁴⁵ quelques années plus tard pour acheminer le personnel médical sur le champ de bataille.

Enfin et surtout, marque d'une volonté de réorganiser les soins aux militaires, le service de santé en campagne fut l'objet du règlement du 3 ventôse an II, partiellement modifié en l'an VIII, XII et 1809. Il distingue les hôpitaux permanents des hôpitaux temporaires

« subdivisés en hôpitaux de ligne (1^{er}, 2^e, 3^e, suivant le numéro de ligne d'évacuation d'ambulance dans laquelle ils sont placés), en hôpitaux spéciaux et, enfin, en hôpitaux ambulants. Ces derniers étaient susceptibles de se scinder, au moment du combat, en dépôts

541 Meynen 2009.

542 Pierre-François Percy (1754-1825), inspecteur général du service de santé des armées en l'an XII, chirurgien en chef des armées jusqu'en 1809.

543 Dominique-Jean Larrey (1766-1842), chirurgien en chef des armées.

544 Huard & Grmek 1970, p.47

545 Surnommée *wurst* du fait de la disposition des officiers de santé : à califourchon sur des caissons d'artillerie modifiés. Elles furent rapidement abandonnées.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

d'ambulances (placées aux ailes de l'armée) ; en sections d'ambulances (placés aux avant-postes ou dans de petits corps détachés) ; en ambulances placées à l'avant-garde pour donner les premiers soins aux blessés. »⁵⁴⁶

Même si seule la garde impériale⁵⁴⁷ disposait d'un service sanitaire pleinement fonctionnel, il est patent que le service de santé militaire avait développé d'importants efforts pour moderniser et adapter sa structure et ses moyens. *A fortiori* à Paris où, pendant la même période, l'État cherche à renforcer les capacités hospitalières militaires : Saint-Cyr, dans les Yvelines, reçoit de 1793 à 1798 un hôpital, tout comme l'école militaire. Surtout, le Val-de-Grâce, transformé en hôpital en 1793, venait seconder – et bientôt voler la vedette à – l'hôpital du Gros-Caillou fondé à la fin des années 1750⁵⁴⁸.

Or, le ministère de la Guerre ne s'efforça visiblement à aucun moment de mettre à profit ces nouvelles potentialités et préféra laisser le champ libre au CGH, sollicité par l'entremise du ministre de l'Intérieur, y compris dans la mise en place des hôpitaux temporaires, sur lesquels les services sanitaires de l'armée auraient pu faire valoir quelque expertise. L'inverse même se produisit : les administrateurs en profitèrent pour tirer des enseignements sur les projets de réforme des hôpitaux civils avancés depuis la fin du XVIII^e siècle, indiquant que les hôpitaux temporaires tels qu'ils avaient été réalisés étaient préférables aux établissements existants : « l'expérience a sanctionné ainsi la justesse des vues de MM. *Tenon* et *Bailly*, dans leurs beaux rapports sur l'Hôtel-Dieu⁵⁴⁹, et l'utilité de la division des Hôpitaux en pavillons séparés, [...] idée qui, désormais, sera suivie pour la construction de tous les Hôpitaux, dans

546 Huard & Grmek 1970, p.55.

547 Unité d'élite de la Grande Armée.

548 Les Invalides s'apparentant plus à un hospice militaire. Cf. Belmas 2010. Sur l'histoire du Val-de-Grâce, cf. par exemple Bouvet 1939.

549 Il s'agit des *Mémoires sur les hôpitaux de Paris* de Tenon et des trois rapports sur l'éventuel remplacement de l'Hôtel-Dieu commandés par l'Académie des Sciences à Bailly, Tenon, d'Arcet, etc. Sur ces projets, voir infra section 1.3.2.1.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

lesquels on voudra réunir les conditions désirables de salubrité et de commodité. »⁵⁵⁰

En des temps que l'on imagine aisément chaotiques, le CGH ne dérogea pas à son *modus operandi* habituel, et mit en place une procédure stricte de triage⁵⁵¹. Les personnes placées aux barrières de Paris pour tenter de canaliser les blessés vers les hôpitaux chargés de leurs soins furent rapidement dépassées, et l'on vit des soldats errer d'hôpitaux en hôpitaux, faute de place. Aussi, le 23 février⁵⁵², alors qu'il nomme les administrateurs des hôpitaux temporaires dont il ne souhaitait endosser l'administration, le CGH les intègre dans un dispositif centralisé de gestion des flux en établissant trois dépôts, lesquels devaient recevoir les blessés militaires et leur apporter les premiers soins avant de les transférer quotidiennement vers les hôpitaux aussi bien militaires ou civils que temporaires. Les agents de surveillances des hôpitaux et hospices ainsi que les ordonnateurs du Val-de-Grâce devaient transmettre avant neuf heures du matin leur nombre de lits disponibles (tous les trois jours pour Montaigu) aux trois dépôts. Établis dans les églises de la Pitié, des Orphelins et de Saint-Louis, disposant chacun de 325 à 350 places, le premier devait envoyer ses blessés sur le Val-de-Grâce et l'Hôtel-Dieu ; le second sur Ménilmontant, Saint-Antoine, Salpêtrière et Bicêtre ; et le dernier sur Montmartre⁵⁵³, les Incurables Hommes et Femmes et l'hôpital temporaire du Roule.

Un malheur ne venant jamais seul, la troupe blessée se trouvait régulièrement affectée d'autres maux, non-chirurgicaux. Là-encore, la ségrégation et le tri étaient de mise, et les officiers de santé enjoins d'avoir « l'attention de bien classer les malades à leur départ, afin qu'ils ne soient dirigés que sur les maisons destinées à leur genre de maladie » : les militaires

550 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, pp.14–15.

551 cf. infra sections 2.1.2 & sq.

552 Arr. CGH 14686 du 23 février 1814, AAP 136 FOSS³³ F°251-252.

553 Aussi appelé hôpital Rochechouart.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

atteints de « galles compliquées » devaient être confiés à l'hôpital militaire de Montaigu ou à défaut de place sur Saint-Louis ; les vénériens gravement malades sur l'hôpital des Vénériens ou à défaut sur Saint-Louis encore.

Le CGH tentait donc d'appliquer à cette nouvelle situation les procédures établies pour la gestion de sa considérable population civile : organisation géographique des soins chirurgicaux, prise en charge spécifique des maladies vénériennes et dermatologiques, centralisation des flux de population et d'information sur les ressources disponibles. Sous ce rapport, les dépôts semblent clairement une reprise – *mutadis mutandis* – du bureau central d'admission étudié plus loin⁵⁵⁴. Enfin, le recensement et la ségrégation des militaires pris en charge, permettait non-seulement de les évacuer et soigner dans les meilleures conditions possibles, mais également une comptabilité exacte des journées par eux consommées ... et donc de la créance détenue par le Conseil sur le ministère de la Guerre⁵⁵⁵.

Pour résumer, invoquer le « nécessité fait loi » dans la gestion des blessés de guerre à la fin de la campagne de France est incontestablement exact. Ceci étant, il est vraisemblable que la déroute de l'état-major ne fut pas la seule explication au rôle joué par le CGH : héritier d'une longue tradition de soins aux militaires, disposant d'une infrastructure unique, on voit l'armée se reposer sur lui dès janvier 1814 pour finalement lui laisser toute initiative dans les quatre dernières semaines de combats, y compris dans des domaines où le service sanitaire pouvait apparaître plus apte à faire face aux impératifs du moment : ce fut le cas pour l'érection des hôpitaux temporaires, mais également pour la constitution d'ambulances, pourtant promues par Percy et Larrey. L'épisode est connu, nous n'y reviendrons pas : Delalande, inspecteur

554 cf. infra section 2.2.1.1.

555 Laquelle fut, nous l'avons dit, acquittée dans des délais raisonnables pour 1814, mais en nature.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

employé par le Conseil Général et Serres, alors inspecteur des élèves de l'Hôtel-Dieu, accompagnés par un détachement de la garde nationale, battirent la campagne jusqu'à Meaux pour récupérer et mener aux hôpitaux de la ville près de 10 000 soldats abandonnés sur les champs de bataille alentours⁵⁵⁶.

Enfin, dernier élément aggravant de la crise de 1814 : l'épidémie de typhus⁵⁵⁷ qui apparut « à-la-fois dans presque tous les Hôpitaux »⁵⁵⁸, alors que les blessés arrivaient en masse. La maladie accompagnait en fait la Grande Armée depuis la bataille d'Austerlitz (décembre 1805)⁵⁵⁹. En janvier 1814⁵⁶⁰ le Conseil est informé qu'une commission de salubrité a été formée par le ministre et des médecins envoyés dans les départements de l'est, pour tenter de limiter les ravages de l'épidémie. Le CGH tente de maintenir les malades atteints du typhus en isolation relative en établissant des salles distinctes dans les divers hôpitaux et surtout un service dédié à la Pitié, avec pour but affiché de « préserver les habitans de Paris de la contagion de cet effroyable *typhus*, à laquelle ils eussent été exposés, si, comme on l'avoit proposé, les logemens pour les malades eussent été faits dans les maisons particulières »⁵⁶¹. Dans la même veine contagionniste, on redouble d'efforts désinfectants : aérations,

556 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.20. L'histoire se répéta l'année suivante, après les Cent-Jours et la défaite napoléonienne de Waterloo : Serres et Delalande furent de nouveau chargés de récupérer les blessés sur les champs de bataille à proximité de Paris, le premier – devenu inspecteur du service de santé de la Pitié – en rive droite, le second – économe des Vénériens – en rive gauche. cf. Arr. CGH 17413 du 5 juillet 1815, AAP 136 FOSS³⁹ F°36-37.

557 Également appelée fièvre des hôpitaux, le typhus exanthématique est une maladie contagieuse causée par une bactérie (*rickettsie*) transmise par les poux. La symptomatologie est marquée par une forte fièvre, une congestion faciale, une inflammation des voies supérieures et un exanthème maculaire (tâche cutanée plane).

558 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.9

559 Huard & Grmek 1970, p.77. Les maladies étaient de très loin meilleures tueuses que les armes : les extrêmes furent notamment atteints lors de l'expédition de Saint-Domingue de 1802 (qui rétablit l'esclavage dans les Caraïbes françaises et mit fin à l'expérience indépendantiste de Toussaint Louverture) où le corps expéditionnaire français de 30 000 soldats perdit 23 500 hommes du fait de la fièvre jaune (Huard & Grmek 1970, p.77) ; et la guerre de Crimée (1854-1856) où les pertes de l'armée française d'Orient sont imputables à plus de 80% à diverses maladies (« fièvres », typhus, choléra notamment. cf. Arzalier 2010, p.165).

560 Arr. CGH 14527 du 5 janvier 1814, AAP 136 FOSS³³ F°31.

561 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.10.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

« fumigations guytoniennes »⁵⁶², aspersion de vinaigre, désinfection et changement du linge, etc. De même, la construction des hôpitaux temporaires permit non seulement d'isoler les blessés militaires (d'abord des civils, puis par nationalité), mais également d'assurer un maximum de séparation entre blessés et malades du typhus, en dégagant des lits à la Pitié⁵⁶³ : 4 353 militaires furent envoyés à la Pitié du fait de leur contagiosité supposée et 1 452 malades civils. Signe d'une certaine efficacité du dispositif, il faut comparer ces chiffres aux 2 500 admissions annuelles en 1815 et 1816⁵⁶⁴, et noter que sur les 1 452 civils admis à la Pitié, 452 avaient été transférés vers d'autres établissements (Hôtel-Dieu et Charité surtout, le reste provenant pour l'essentiel du Bureau Central d'Admission)⁵⁶⁵.

Or, le caractère contagieux du typhus était loin d'être unanimement accepté. Les débats, déjà animés, entre tenants des théories épidémiques (pour lesquels les maladies sont dues à une altération de l'environnement, en particulier de l'air) et partisans de la contagion (pour lesquels les maladies sont communicables d'homme à homme, essentiellement par contact direct, éventuellement par transmission aérienne sur de très courtes distances) vont redoubler après l'enquête de l'Académie de Médecine sur l'épidémie de fièvre jaune de Barcelone en 1821 et l'épidémie de choléra de 1832 dont il sera question à la section suivante⁵⁶⁶. Dans les faits, comme l'écrit F. Delaporte⁵⁶⁷, défenseurs de la contagion aussi bien que de l'infection reconnaissent des maladies contagieuses et épidémiques. Mais pour les infectionnistes, le modèle de la maladie contagieuse est la variole, tandis que les contagionnistes prennent

562 Faites à base d'acide chlorhydrique, elles durent leur succès à leur utilisation à Dijon en 1773 par le chimiste Guyton de Morveau. cf. Corbin 2008 [1982], p.155.

563 « L'établissement de ces Hôpitaux supplémentaires permit le mouvement projeté dans les Hôpitaux ordinaires, qui plaçait à celui de la Pitié tous les malades atteints ou supposés être atteints du typhus. » Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.15.

564 cf. AAP Bibliothèque finance cote 15U, comptes moraux pour 1815 et 1816, pp.14 et 17 respectivement.

565 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815 tableau V. Point intéressant, la même source indique un important différentiel de létalité entre civils (environ 30%) et militaires (19%). Nous ne savons l'expliquer.

566 Sur le débat entre adeptes des théories contagionnistes et épidémiques voir Ackerknecht 1948 et en particulier les pp.586-587 sur le typhus.

567 Delaporte 1990, p.154.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

« quelques fièvres » comme référence épidémique. Leurs divergences résidant, pour Delaporte, dans la manière dont ils considèrent ensuite la règle et l'exception.

On voit donc que dans un débat pourtant ouvert, la prise de position du CGH semble effective – et dans les faits, et dans leur justification (protéger la population civile) –, malgré les précautions employées dans le compte rendu de 1815, lequel affirme ne pas

« émettre d'opinion entre deux systèmes aussi différents⁵⁶⁸, présentés par des hommes de l'art et éminemment savans ; mais quelques observations faites dans les Hôpitaux peuvent peut-être concilier ces deux systèmes.

Le nombre considérable de personnes employées aux soins des malades, et que le *typhus* a atteint (sic), semble offrir une preuve indubitable de sa faculté contagieuse⁵⁶⁹. [...]

D'un autre côté, nous avons vu des malades dont les lits étoient entre ceux de deux autres atteints du *typhus*, n'être pas atteints de cette maladie, et nous avons reconnu que l'évacuation d'un grand nombre de malades des salles qui en étoient encombrées, diminuoit sur-le-champ l'intensité de cette fièvre, et le nombre proportionnel de ceux qui la prenoient. »⁵⁷⁰

Ce qui est intéressant ici, c'est de constater que c'est exactement le même type d'épreuves et de contre-épreuves qui seront mobilisées dix-huit ans plus tard lors de l'épidémie de choléra...

1.2.2.2 1832 : le choléra.

L'épidémie de choléra qui sévit dans toute l'Europe dans les années 1830 et à Paris en 1832 est la deuxième à sortir de son foyer endémique des hautes vallées du Gange et du

568 Contagionniste et épidémique. Succinctement, on peu dire que les contagionistes

569 746 employés du CGH furent diagnostiqués malades du typhus entre le premier janvier et le 30 juin 1814 (dont 23 médecins, chirurgiens et pharmaciens, 92 élèves, 56 sœurs hospitalières, 80 surveillans et surveillantes et 442 infirmiers et infirmières) et 202 en moururent (dont 137 infirmiers/infirmières). Soit une létalité de 27%, proche de celle des civils hospitalisés. Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, Tableau III.

570 Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815, p.11, note 1.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

Brahmapoutre⁵⁷¹. La première, en 1817-1824, s'arrête aux portes de l'Europe et aux confins de la Sibérie. La seconde s'étend en fait sur près de dix ans (1829-1837) et fit plus de 100 000 morts en France⁵⁷². Elle « frappe tout particulièrement les esprits en Europe, car en moins de deux ans, le vibrion passe des bords de la Caspienne à ceux de la Tamise ! »⁵⁷³. C'est de cet épisode que nous traiterons brièvement dans les pages qui viennent.

Cette première irruption du choléra a fait l'objet de nombreux travaux, sur lesquels nous nous appuyons très largement. On ne reviendra donc que peu sur les théories proprement médicales en présence et leurs thérapeutiques⁵⁷⁴, le déroulement de l'épidémie à l'échelle continentale ou nationale⁵⁷⁵, ou même une description des événements dans l'ensemble de la capitale⁵⁷⁶. Notre seul objectif dans les pages suivantes est de montrer le rôle que joua le CGH dans la prise en charge de l'épidémie.

Au niveau national, la lutte contre l'épidémie était menée par le Conseil supérieur de la santé, sous la responsabilité du ministère du Commerce et des Travaux Publics⁵⁷⁷. L'institution⁵⁷⁸ est alertée des progrès de la maladie en juillet 1831 et sonne la mobilisation,

571 Sortie essentiellement causée par le développement des guerres coloniales et la densification des relations commerciales d'après Bourdelais & Raulot 1987, pp.47–51.

572 Pour la quasi-totalité en 1832, et principalement dans le bassin parisien et l'est du pays (Bourdelais & Raulot 1987, pp.98–99).

573 Bourdelais & Raulot 1987, p.17. Une seconde épidémie frappera l'Europe dans les années 1850, et la dernière à sévir en France est celle de 1865 (quatrième épidémie, 1863-1875). Les deux suivantes de 1881-1896 et 1899-1923 laissent l'Europe de l'ouest indemne ou presque, notamment du fait de l'isolation en 1884 du vibrio cholerae par Koch. Bourdelais & Raulot 1987, pp.29–40.

574 Traitées notamment par Delaunay 1933, pp.52–64 ; Bourdelais & Raulot 1987, chap.IV ; Delaporte 1990, pp.90–133.

575 La référence en la matière est Bourdelais & Raulot 1987.

576 cf. Leca 1982

577 Lequel est en charge des questions sanitaires et hospitalières de 1831 à 1834. Le comte d'Argout puis Adolphe Thiers occupant successivement le poste.

578 Fondée en 1822, le nombre de ses membres est augmenté à vingt-deux en août 1831, et comporte entre autres le médecin inspecteur de la marine (Keraudren), le secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine (Paris), les médecins Marc, Dubois et Bailly, le chimiste Gay-Lussac. Delaunay 1933, p.36.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

dans le cadre de la loi du 3 mars 1822 d'inspiration contagionniste⁵⁷⁹. Elle recommande qu'un service sanitaire soit organisé dans les départements du nord et de l'est, que des intendances soient créées dans les départements exposés, qu'une liste des médecins et de personnes pouvant être employés dans le service sanitaire soit dressée dans les communes, que soient préparés des bâtiments pour servir de lazaret et des plans d'isolement des quartiers des villes, ainsi que des plans d'évacuation et trois lignes de cordon sanitaire. Elle envoie aussi des missions de médecins dans les pays déjà touchés⁵⁸⁰, lesquels, ironiquement, deviendront un des vecteurs de la maladie à l'ouest⁵⁸¹. « Il s'agit bien d'une mobilisation générale contre l'envahisseur, la désertion est punie par la mort, l'abandon de poste par de très lourdes peines. Le dispositif est donc mis en place avec zèle, comme en témoigne la foison de règlements sanitaires et départementaux et communaux adressés par les préfets et les maires aux autorités gouvernementales. Les médecins aussi suivent avec attention les progrès de la maladie. »⁵⁸²

L'approche de l'épidémie va mettre en mouvement tous les rouages administratifs (maires, sous-préfets, préfets, ministre), ainsi que d'importants échanges entre les représentants de l'État ou des collectivités et les médecins et conseils de salubrité : ceux-ci, créés essentiellement pour évaluer les nuisances industrielles, vont être multipliés dans les départements, arrondissements voire cantons et leurs missions redéfinies autour de la veille sanitaire⁵⁸³.

579 cf. Bourdelais & Raulot 1987, pp.52–55, et Léonard 1981, pp.156–159 sur l'inspiration contagionniste de la loi.

580cf. par ex. Delaunay 1933, pp.65–67.

581 Bourdelais & Raulot 1987, p.82.

582 Bourdelais & Raulot 1987, pp.57–58.

583 Pour le détail de l'organisation de la riposte, voir Delaunay 1933, pp.35–48 ; Bourdelais & Raulot 1987, chap.VI. À Paris, la commission centrale de salubrité commande douze commissions d'arrondissement, lesquelles sont chacune à la tête de quatre commissions de quartier. Dans les faits, les informations sauteront souvent l'échelon de l'arrondissement. Cf. Delaporte 1990, pp.22–23.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

C'est dans ce contexte d'effervescence administrative que le CGH va devoir pendre en charge les conséquences de l'épidémie pour la population parisienne. La réponse des autorités sanitaires a souvent été jugée trop tardive, soit en raison de l'impéritie consubstantielle à toute bureaucratie, soit de manière un peu plus subtile en raison de la conviction partagée par nombre de médecins et les classes dirigeantes en général que le vibrion épargnerait le territoire national. Tenant de la première explication, Pierre-Ange Leca pour lequel la mise en activité des bureaux de secours le 2 avril seulement (alors que le premier cas avait été officiellement déclaré le 28 mars), la décision par le conseil supérieur de salubrité de ne réserver qu'une seule salle d'hôpital par arrondissement aux cholériques et le recours aux dons pour couvrir les besoins en matériel indiquent que « les initiatives, même officielles, sont désordonnées. On a vraiment l'impression qu'aucun plan général ne préside aux différentes opérations. [...] Les premiers jours et les étapes initiales de la lutte contre le choléra ont donc vu le triomphe de la machine administrative en ses décisions et son inefficacité en l'application de celles-ci. »⁵⁸⁴

François Delaporte a pour sa part très bien exposé le composé de conceptions médicales et politiques pour lequel il semblait alors invraisemblable que l'épidémie touche l'Europe de l'Ouest en général, et la France en particulier⁵⁸⁵. Peut-être n'a-t-il pas assez insisté sur un élément d'autant plus efficace qu'il était simple et certain – alors que ni la nature de l'affection, ni son étiologie, ni sa thérapeutique ne faisaient l'unanimité : l'expérience. S'il était un fait établi, c'était bien que la précédente (et première) expansion du choléra avait ravagé la Russie centrale et orientale, mais était venue s'épuiser sur l'ouest du continent et sa civilisation.

Le fait est qu'il est difficile de faire reposer l'étendue des difficultés sur la seule

⁵⁸⁴ Leca 1982, pp.122–123.

⁵⁸⁵ cf. Delaporte 1990, chap.1 et citation introductive de Larrey pp.7-8.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

impréparation des acteurs publics. À Paris, un des premiers organes consultés est... le CGH qui met sur pied en juillet deux commissions pour anticiper une potentielle épidémie. L'une, chargée des aspects administratifs, est composée de Chaptal, Camet de la Bonardière, Cochin, Desportes et Jourdan⁵⁸⁶. L'autre, sanitaire, regroupe Portal, Antoine Dubois, Lisfranc, Chomel, Cruveilhier, Parent-Duchâtelet et Guénaud de Mussy⁵⁸⁷. Des mesures sont proposées dès le 19 septembre 1831 avec le rapport de cette dernière, qui recommandait « d'établir, dans les quartiers les plus éloignés du centre, trois ou quatre hôpitaux destinés au traitement des cholériques⁵⁸⁸ [...] et elle en demandait surtout la *séquestration*. Elle indiquait en même temps la formation d'hospices à Montmartre et au mont Valérien, pour recevoir les convalescents »⁵⁸⁹, ainsi que l'interdiction des regroupements, le déplacement des marchés en dehors de Paris, et la signalisation des maisons touchées⁵⁹⁰. Les mesures envisagées traduisaient donc clairement les conceptions contagionnistes des médecins des hôpitaux, dans la continuité des premières mesures prônées par le Conseil supérieur de la Santé.

Ce n'est que le 21 août que seront créées à Paris la commission centrale de salubrité et les commissions d'arrondissement et de quartier⁵⁹¹, vaisseau amiral de la lutte contre l'épidémie dans la capitale. Une des premières requêtes qu'elle formula auprès du CGH fut la création de rien de moins que douze hôpitaux spéciaux, quatre maisons de convalescence, et quarante-huit ambulances. Le Conseil fit alors répondre au préfet ce qu'il lui avait déjà indiqué au sujet

586 Les trois premiers sont membres du Conseil, les deux derniers de la commission administrative.

587 Tous sont médecins des hôpitaux de Paris, excepté Portal, membre du CGH et premier médecin du roi.

588 Beaujon, Saint-Louis, Saint-Antoine et Cochin.

589 Benoiston de Châteauneuf, Parent-Duchâtelet & Villermé 1834, pp.13–14. Le choix de la localisation des deux maisons de convalescents tient à leur topographie surélevée, donc plus aérée, donc plus saine : « Parmi les points élevés qui dominant la surface du département, il en est quelques-uns qui méritent d'être remarqués, tel est le Mont-Valérien, élevé de 136 mètres au-dessus du niveau de la Seine ; Montmartre, qui en a 105 » Benoiston de Châteauneuf, Parent-Duchâtelet & Villermé 1834, p.23 le dernier étant la montagne Sainte-Geneviève, mais il aurait été contre-productif de placer des convalescents au milieu même des foyers de contagion.

590 « La Commission administrative s'occupa principalement des mesures d'exécution, et indiqua les localités dans lesquelles on pouvait créer, au besoin, des hôpitaux temporaires. » Blondel 1850, p.45.

591 Benoiston de Châteauneuf, Parent-Duchâtelet & Villermé 1834, p.15.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

des projets de sa propre commission : le manque de fonds propre et l'incertitude quant aux subventions municipales et gouvernementales lui interdisaient toute réalisation des plans formulés⁵⁹².

Le 9 novembre 1831, c'était à Magendie, de retour de Grande-Bretagne, de faire un rapport sur l'attitude à adopter en cas d'invasion cholérique. Trois propositions sont retenues : la conversion immédiate d'infrastructures existantes en hôpitaux temporaires (on suggère à cet effet les marchés à fromages, l'ancienne clinique de l'observance et le séminaire Saint-Sulpice), la préparation de deux maisons de convalescence, la formation dans plusieurs points de Paris de salles de dépôt dans les hôpitaux où seraient d'abord dirigés les malades et où on leur donnerait les premiers soins⁵⁹³. Hôpitaux permanents puis temporaires spécialisés et dépôts servant d'infirmerie et de nœud de triage, les mesures prises contre le typhus et le choléra – deux des quatre principaux problèmes sanitaires de la période selon E. Ackerknecht⁵⁹⁴ – se ressemblent. De nouveau, les obstacles tiennent pour une large part au manque de moyen et d'autonomie du CGH : « le Conseil n'avait aucune autorité pour réaliser toutes ces mesures et, dans un arrêté du 16 Novembre, il se plaint amèrement de ne recevoir ni les fonds, ni les autorisations demandées »⁵⁹⁵. C'est que, pour Delaporte, « Ces dispositions n'intéressent pas l'administration⁵⁹⁶. [...] À cette époque, son objectif n'est pas de planifier la gestion du fléau, mais de prévenir son invasion »⁵⁹⁷.

Il n'est peut-être pas saisissant de prime abord, mais un autre élément a visiblement

592 Blondel 1850, p.45.

593 Rapport lu dans la séance du 9 novembre 1831, 136 FOSS¹¹⁷ 422.

594 Ackerknecht 1948, p.569 : « *plague, yellow fever and cholera* [...] which together with typhus constituted the main health problem of the period [...] ».

595 Mauger 1905, p.279.

596 Ici, la formulation de Delaporte n'est pas claire, vraisemblablement parce qu'il reprend celle de Benoiston de Châteauneuf, Parent-Duchâtelet & Villermé 1834, p.14 dans laquelle « l'administration » désigne non pas l'administration des hôpitaux mais le ministère du Commerce et des Travaux Publics et le pouvoir central en général.

597 Delaporte 1990, p.23.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

déterminé l'attitude du pouvoir sur la stratégie à adopter : la volonté d'éviter tout mouvement de panique, de préserver l'ordre social de la foule et de ses bas instincts. Quand le 23 novembre 1831 le préfet demande que les hôpitaux Beaujon et Saint-Antoine soient évacués pour servir en cas de choléra, le rapport de la Commission Administrative y est défavorable. Les raisons tiennent à la surpopulation chronique des hôpitaux, qui devient aiguë en hiver où l'on est toujours obligé de tolérer des lits supplémentaires. Dans ce contexte, supprimer les 484 lits que comptent Beaujon et Saint-Antoine (soit près de 10% des capacités globales) c'est s'exposer à des « plaintes fondées » et peut-être « de graves désordres ». Des désordres qui pourraient dépasser le cadre hospitalier : « Cette mesure, qu'il serait impossible de cacher au public jetterait l'effroi dans la population et pourrait être suivie de fâcheuses conséquences. [...] Il serait bien préférable d'établir dans le silence et sans que le public en soit informé des hôpitaux temporaires dans des localités qu'il sera facile de trouver, soit dans le faub. Saint-Antoine, soit sur un autre point éloigné du centre de Paris »⁵⁹⁸.

En l'espèce, le Conseil joua l'inertie et gagna : arrêtant le 23 novembre en termes les plus vagues que « *des dispositions* seront prises sans aucun délai par l'administration pour répondre *autant qu'il se pourra* aux intentions exprimées [...] par M. le préfet »⁵⁹⁹, et qu'un membre du Conseil se déplacera pour lui en exposer les inconvénients, il s'efforçait parallèlement d'obtenir les locaux qui avaient sa préférence. Ce fut fait pour partie dès le 14 décembre : le CGH indique alors qu'il a obtenu la location, pour un an, de l'ancien couvent des Bons-Hommes⁶⁰⁰.

Les choses en restèrent là jusqu'à la fin février 1832. L'épidémie touchant Londres, le

598 Comme l'ancienne fabrique Lenoir ou la boulangerie à la barrière des bons hommes. Arr. CGH 58460 du 23 novembre 1831, AAP 136 FOSS¹¹⁷ F°507.

599 Arr. CGH 58460 du 23 novembre 1831, AAP 136 FOSS¹¹⁷ F°507, les italiques sont de nous.

600 Il semblerait que l'édifice fut finalement prêté, comme l'indique Delaunay 1933, p.74, mais qu'il est toujours en pourparlers pour la fabrique Lenoir, pour laquelle il n'a *a priori* pas trouvé d'arrangement, contrairement à ce qu'indique Mauger 1905, p.280. cf. Arr. CGH 58702 du 14 décembre 1831, AAP 136 FOSS¹¹⁷ F°758-761.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

préfet exige de nouveau que Beaujon, Cochin et éventuellement d'autres établissements soient évacués. Le CGH a alors beau jeu de rappeler les deux délibérations précédentes, dans lesquelles il a exposé les inconvénients de cette solution, et de rappeler qu'il a proposé la création de deux hôpitaux temporaires auxquels il est prêt à consacrer « le zèle de ses agents et le matériel dont il pourrait disposer sans détriment de son service ordinaire » alors que ni la préfecture ni la ville ne veulent couvrir le coût de cet expédient. Le début de l'argumentaire est donc identique : évacuer dès maintenant des hôpitaux, c'est engendrer des coûts importants pour un bénéfice hypothétique et alarmer la population. Son opportunité est donc nulle. Mais en février le CGH critique aussi son efficacité potentielle, pour trois raisons. Premièrement parce que les symptômes du choléra apparaissent trop rapidement et trop violemment pour qu'on puisse transporter les malades dans deux établissements devenus spécialisés, rendant de ce fait inenvisageable des transferts systématiques. Deuxièmement il est inévitable que des cholériques se présenteront dans les hôpitaux de quartier, non prévus pour les recevoir, la maladie pouvant éventuellement se déclarer dans les murs mêmes. Enfin, « tout porte à croire d'ailleurs que la maladie n'est pas contagieuse d'individus à individus, mais qu'elle est produite par un état général de l'atmosphère, d'où il suivrait qu'il n'y aurait point avantage à isoler les malades cholériques des autres malades », isolement qui, en tout état de cause, ne pourrait être que limité vu le fonctionnement des services. Le Conseil concède cependant des mesures anticipées, mais très limitées : deux cents lits sont réservés aux cholériques à Saint-Antoine⁶⁰¹ et Beaujon, « Considérant que quelques motifs de crainte que donne l'approche du choléra il n'est pas présumable, d'après ce qui se passe à Londres qu'il sévisse à la fois sur un grand nombre de personnes et qu'alors on peut concilier ce que conseille la prudence avec ce

601 Saint-Antoine est préféré à Cochin. Très petit et placé dans un quartier peuplé, évacuer ce dernier causerait beaucoup de tort à la population, et ses bâtiments peu spacieux le rendent moins propres à cette destination que Saint-Antoine, situé dans un quartier sain, isolé au milieu de vastes jardins, et disposant de salles plus vastes et aérées.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

que réclament les besoins immédiats des classes pauvres »⁶⁰².

Des mesures prises par le Conseil avant l'irruption de l'épidémie, et des motifs exposés pour les étayer, on peut dégager plusieurs points. Premièrement, le danger n'a pas été purement et simplement ignoré, malgré la confiance affichée par les médecins et la priorité donnée à la préservation du territoire, des plans avaient été discutés plus de six mois avant les premiers cas officiellement déclarés dans la population parisienne. Deuxièmement, le Conseil semble ne pas changer radicalement de position dans la meilleure manière de gérer une possible invasion du vibrion : l'augmentation des capacités d'accueil par érection d'hôpitaux temporaires. Ce en quoi il s'opposera constamment à l'État et à la ville de Paris qui, par économie, tenteront en vain d'imposer une réaffectation des ressources existantes. Ce qui est tout à fait remarquable, par contre, c'est le revirement dans la justification des mesures. On peut y voir la simple suite du changement de position des organes officiels, Conseil supérieur de santé en tête, d'une position relativement contagionniste à des conceptions opposées⁶⁰³. Alors qu'en septembre 1831 il vise l'isolement complet des malades, en février 1832 « tout [le] porte à croire d'ailleurs que la maladie n'est pas contagieuse d'individus à individus ». Mais il est clair que l'évolution des conceptions médicales et sanitaires sur l'épidémiologie du choléra est mobilisée, par l'institution, dans le rapport de force qui l'oppose à sa tutelle (le ministère) et à son principal bailleur de fonds (la ville de Paris). Si l'on admet qu'à l'approche d'une potentielle épidémie de choléra l'objectif du Conseil reste de maximiser le nombre de lits alors que celui des instances sanitaires créées *ad hoc* est de maximiser le nombre de lits destinés aux cholériques, alors la position contagionniste sert le CGH aussi longtemps qu'il est question de l'augmentation des capacités d'accueil et de la mise en place d'hôpitaux

602 Arr. CGH 59335 du 22 février 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁸ F°567-569.

603 Lequel est daté de l'année 1831 et de la publication par Janichen de ses observations sur le choléra moscovite par Bourdelais & Raulot 1987, pp.67-68.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

supplémentaires, préalable à un isolement maximal des malades. Une fois cet objectif jugé hors de portée par manque de soutien financier, elle ne pouvait que conduire à obérer les capacités opérationnelles immédiates de l'administration hospitalière en l'amputant *hic et nunc* de lits qui seraient *peut-être* utiles *plus tard*. Le changement de position peut s'expliquer en termes autant médicaux que stratégiques. La preuve en sera d'ailleurs fournie plus tard, à l'érection des-dits hôpitaux temporaires. Si l'on ajoute à ces puissants motifs un certain optimisme inspiré de l'épidémie précédente et de l'exemple londonien⁶⁰⁴, on comprend que les dispositions prises aient été minimalistes.

On ne reviendra pas ici sur l'importance de la controverse entre thuriféraires des conceptions contagionnistes et épidémiques. L'analyse de la controverse par E. Ackerknecht qui mettait l'accent sur ses soubassements politiques et économiques a été fermement critiquée par F. Delaporte qui a dégagé de manière très élaborée les dimensions proprement médicales des différentes positions⁶⁰⁵. Il irait largement au-delà du cadre de ce travail de réévaluer l'ensemble des arguments avancés. On se contentera donc ici de pointer qu'un aspect du problème – certes pas central, mais probablement pas négligeable pour autant – peut être éclairé par la position à la fois épistémologique et politique qu'occupe l'hôpital dans la lutte contre l'épidémie de choléra.

On a vu que contagionnistes comme infectionnistes admettaient l'existence de maladies contagieuses *et* épidémiques, leur division résidant dans ce qui relevait pour eux du modèle et

604 L'argument était tout à fait pertinent. Manque de chance, comparaison n'est pas raison : l'épidémie de 1832 qui fit plus de 100 000 morts en France n'en emporta que ... 5 500 au Royaume-Uni. cf. Bourdelais & Raulot 1987, p.17.

605 cf. Ackerknecht 1948 ; Delaporte 1990, pp.135–176

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

de l'exception⁶⁰⁶.

« Dans le système de l'infection, une maladie peut être tenue pour contagieuse si elle offre des phénomènes semblables à ceux qu'on observe dans la variole : simplicité de l'affection, acquisition d'une immunité et inoculabilité du mal. Or, il y a une grande diversité de formes cholériques. [...] Une première attaque du choléra ne dispense pas d'une seconde [...], toutes les tentatives de contamination artificielle ont échoué. [...]

Dans le système de la contagion, une maladie peut être tenue pour épidémique si on peut mettre en évidence l'existence d'une influence soit générale, soit locale. »⁶⁰⁷

Or le rapport de Benoiston de Chateauneuf⁶⁰⁸ est exactement le témoin de cette faillite.

D'où la conclusion de Delaporte : « on voit bien les deux pôles entre lesquels oscille la pensée médicale confrontée à une donnée problématique : tenter de réduire l'inconnu au connu et, faute d'y parvenir, soupçonner la variété des voies et des moyens de la nature »⁶⁰⁹. Autrement dit, il a parfaitement raison de dire que les théories médicales (et en particulier la médecine physiologique) impliquent des inférences fortes quant à l'épidémiologie du choléra. Mais en l'absence de consensus sur le mode de propagation, et comme il semble ici le reconnaître à son corps défendant, rien n'empêche les protagonistes de tenter de surdéterminer cette épidémiologie en convoquant des arguments ou des considérations para voire extramédicaux.

C'est précisément l'analyse qu'en avait faite C.-E. A. Winslow, qui fournit le point de départ d'Ackerknecht : « L'homme du commun observait l'immédiate vérité de la contagion en voyant la peste se répandre de pays en pays et de port en port ; mais le médecin ayant une connaissance plus intime des faits réalisait qu'aucune théorie contagionniste *existante* ne pouvait d'elle-même expliquer ces faits. »⁶¹⁰ Il ne s'agit pas de dire que les deux théories

606 cf. p.172.

607 Delaporte 1990, p.155.

608 Benoiston de Châteauneuf, Parent-Duchâtelet & Villermé 1834

609 Delaporte 1990, p.156.

610 Et il poursuit : « La contagion, avant la théorie microbienne, était conçue comme le passage direct d'une influence chimique ou physique d'une personne malade à une victime potentielle par des fomites ou un contact ou, sur une distance relativement courte, à travers l'atmosphère. » C.-E. A. Winslow, 1943, *The Conquest of Epidemic Disease*, Princeton : Princeton University Press, p.182 cité par Ackerknecht 1948,

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

étaient *équivalentes* ou qu'elles furent déterminées par des facteurs politiques ou économiques, mais qu'en s'accordant sur la structure de l'explication (continuum contagion-épidémie) sans pouvoir fournir de donnée univoque, il était logique de faire jouer d'autres registres. D'autant plus logique que comme l'écrit Delaporte lui-même « Dans la première moitié du XIX^e siècle, l'amalgame entre progrès scientifique et progrès politique était sinon justifié, du moins possible. [...] les médecins pouvaient lier révolution médicale, libéralisme, humanisme et retourner l'ensemble contre le contagionnisme »⁶¹¹.

Bref, la sous-détermination théorique de l'étiologie cholérique – rendant contagionnisme et anticontagionnisme non pas égaux, mais également réfutables – « a souvent permis d'interpréter en des sens opposés les mêmes séries d'observations », et il est possible que comme l'affirment Bourdelais et Raulot ceci ait « ouvert l'espace de liberté indispensable à l'invasion »⁶¹². Il est en revanche certain, pour ce qui nous occupe dans le cadre de ce travail, que ceci facilita largement la mobilisation des institutions, personnels et théories en charge de la lutte contre l'épidémie pour des fins connexes à la lutte contre la pathologie.

Sous ce rapport, le CGH et ses hôpitaux occupent une place centrale, pour deux raisons au moins. Premièrement, on a vu qu'il avait été le premier consulté, en juillet 1831. Et bien que depuis 1802 il exista un Conseil de Salubrité de la Seine, présidé par le préfet de police⁶¹³ et une commission centrale de salubrité à partir d'août 1832, ces dernières menèrent un travail

p.566 : « The layman perceived the broad truth of contagion as he watched the plague spread from country to country and from seaport to seaport ; but the physician knowing the facts more intimately realized that no *existing* theory of contagion taken by itself could possibly explain those facts. Contagion, before the germ theory, was visualized as the direct passage of some chemical or physical influence from a sick person to a susceptible victim by contact or fomites or, for a relatively short distance, through the atmosphere. »

611 Delaporte 1990, p.140.

612 Bourdelais & Raulot 1987, p.72.

613 Sur le Conseil de Salubrité de la Seine, voir notamment François 1934 ; Weiner 1974 ; La Berge 1975.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

important d'enquêtes et de recommandations, mais laissèrent toutes les dimensions exécutives au CGH lui-même, qui fut de ce fait le principal levier de l'action publique dans la prise en charge des conséquences de l'épidémie dans la capitale, et accentua d'autant son rôle d'instrument de gestion de la population parisienne⁶¹⁴. Ce qui explique partiellement, d'ailleurs, un certain attentisme quant à la mise en place d'ambulances : la politique du CGH était défavorable aux secours à domicile et fortement axée sur l'hospitalisation⁶¹⁵, et il ne dérogea pas à cette ligne. Deuxièmement, si une étiologie pouvait être dégagée, c'était avant tout à l'hôpital, lieu fermé⁶¹⁶. Et ceci que l'on soit partisan de l'une ou de l'autre des théories : c'est à l'hôpital d'Ujazdower que Foy fit ses expériences⁶¹⁷, ce sont dans des « lazarets d'expérimentation » que Chervin entend trancher une fois pour toutes le débat⁶¹⁸, ce sont dans les hôpitaux encore que l'on fait coucher un homme sain dans le lit d'un cholérique⁶¹⁹.

Or, si l'étiologie restait incertaine, les hôpitaux et leur administration se voyaient toujours investis de la gestion des secours. On a vu que le Conseil avait défini sa stratégie, usant d'abord des conceptions contagionnistes puis anticontagionnistes, en maintenant deux objectifs : maximiser ses capacités d'accueil et prévenir tout sentiment de panique. C'est sur ce second point que l'on insistera brièvement.

On sait la dimension politique que prit l'épidémie : la classe populaire, encouragée parfois

614 Sur ce point, voir supra sections 1.1.1.2 et 1.1.1.3, et infra section 2.1.

615 cf. infra section 1.3.1.1.

616 Cf. infra section 3.3.1.

617 « En m'inoculant le sang sortant des veines des malades atteints du choléra, en respirant leur haleine, en goûtant [...] les liquides vomis », F. Foy, 1832, *Du choléra morbus de Pologne*, p.3 cité par Delaporte 1990, p.154.

618 Chervin 1833, p.48 parle de la peste, ce qui n'enlève rien au rôle du lieu clos, lazaret ou hôpital : « Ces expériences peuvent être faites dans le lazaret de Marseille, ou dans tout autre établissement de ce genre, sans aucun risque pour la santé publique, au moyen d'effets ayant récemment servi à des pestiférés, tels que chemises, caleçons, [...] et autres objets réputés contaminés par le virus ou principe pestilentiel. Ces effets seraient apportés des lieux où règne la peste au lazaret d'expérimentation, dans des caisses hermétiquement fermées, et des individus sains, confinés dans cet établissement, s'en revêtiraient de la manière la plus immédiate pendant toute la durée de la plus longue quarantaine, et se soumettraient généralement à toutes les expériences qui seraient prescrites »

619 Bourdelais & Dodin 1987, p.74

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

par quelque maladresse officielle⁶²⁰, y vit un empoisonnement délibéré, une « épuration »⁶²¹. F. Delaporte a magnifiquement analysé cette pensée populaire, à la croisée d'une rationalité médicale (symptomatologie, fulgurance des attaques), historique (mémoires des journées de Juillet), et économique (malthusianisme de temps de crise) ; et ce qu'elle révèle du sort politique fait aux classes laborieuses : un mélange de relégation, de défiance et de dégoût. « Riches et pauvres se méfiaient les uns des autres : les premiers redoutaient une meurtrière contagion par le biais d'un air vicié émanant des quartiers populaires ; les seconds croyaient qu'on les empoisonnait »⁶²². Compte tenu du vent de révolte qui animait le « petit peuple », de sa réponse initiale aux premières manifestations du choléra (émeutes, assassinats de passants désignés à la vindicte populaire⁶²³) et des craintes de la bourgeoisie, il était tout aussi pressant de gérer la réaction des masses à l'épidémie que l'épidémie elle-même.

Quand, en novembre 1831, quelques jours avant l'insurrection des canuts de Lyon, le CGH recommande encore la construction d'hôpitaux temporaires, il avance que la mesure lui semble plus discrète que l'évacuation d'établissements existants, et donc plus propice à maintenir l'ordre social, opinion qu'il réitère en février 1832, quelques semaines avant l'épidémie. Plus encore, les médecins des trois plus importants hôpitaux de la capitale prennent position contre le contagionnisme. Le premier avril 1832, ce sont les chefs de service de l'Hôtel-Dieu qui affirment la non-contagiosité du choléra dans le *Journal des Débats* : « les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu soussignés⁶²⁴ croient devoir déclarer,

620 On pense en particulier à l'affichage ordonné par Gisquet, préfet de police, mettant en garde contre de potentiels empoisonneurs, nourrissant la paranoïa ambiante. cf. Leca 1982, p.94.

621 Delaporte 1990, pp.35–45.

622 Delaporte 1990, p.49.

623 Leca 1982, pp.94–100 en fait une longue description. Voir aussi Métral 1833, pp.21–22 pour la défiance de la population envers la figure du médecin qui, « loin d'apparaître comme le défenseur de la santé publique, devenait ainsi l'agent de l'autorité : soit complice de ceux à qui el peuple avait donné le pouvoir, soit homme de main d'une dynastie qu'il avait renversée. » Delaporte 1990, p.43.

624 Petit, Récamier, Husson, Dupuytren, Magendie, Breschet, Honoré, Guéneau de Mussy, Samson, Caillard, Gendrin, Bailly.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

dans l'intérêt de la vérité, que, quoique cet hôpital soit jusqu'à présent celui qui ait reçu le plus grand nombre de malades affectés de choléra, ils n'y ont observé aucun fait qui puisse les autoriser à soupçonner que la maladie soit contagieuse. » Le 6 avril ce sont ceux de Saint-Louis qui font de même⁶²⁵, suivis de ceux de la Pitié⁶²⁶ le 30 avril, après qu'ils ont recueilli « des milliers de faits à l'hôpital et en dehors de l'hôpital »⁶²⁷. Or, comme on l'a dit, les choses étaient nettement plus floues, et la déclaration avait moins valeur de prise de position médicale que politique. Ainsi, fin juillet 1832, quand la crise sanitaire est sur le déclin, Velpeau se déclare finalement publiquement partisan de la contagion, et s'explique sur sa déclaration du 30 avril précédent : « “Délibérée en commun, dans le but de rassurer le public, cette note devait être signée de nous tous” révèle Velpeau, qui poursuit : “Lorsque j'avouai n'être pas convaincu de ce qu'elle avançait, il me fut objecté qu'une pareille annonce étant toute de circonstance ne pouvait avoir aucune valeur scientifique. Je me rendis à cette observation et mis aussitôt mon nom à côté de celui de mes collègues” »⁶²⁸.

Il est possible que Velpeau – ou Bouillaud, lui aussi anticontagionniste⁶²⁹ – ait eu le sentiment d'avoir à renier, le temps d'une déclaration, leur certitude scientifique. Il serait également compréhensible que devant choisir entre deux théories réfutables, nombre de médecins hospitaliers optassent pour celle qui présentait une plus-value : non pas nécessairement les intérêts du commerce, mais le maintien de l'ordre social. Alors que « la peur des bourgeois oscille entre la crainte du fléau et celle de l'émeute »⁶³⁰, il nous semble que le CGH et ses médecins jouèrent pleinement leur rôle dans une partition plus large :

« Dans une situation intérieure peu assurée, le remplacement de

625 Alibert, Lugol, Biett, Manry, Emery, Gerdy, Jobert.

626 Andral, Bouillaud, Clément, Louis, Parent Duchâtelet, Serres, Lisfranc et Velpeau.

627 Leca 1982, p.140

628 La gazette médicale, n°64, 28 Juillet 1832, citée par Bourdelais & Raulot 1987, p.75.

629 Ackerknecht 1986, p.200.

630 Delaporte 1990, p.47.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

l'opinion contagionniste du Conseil Supérieur de Santé par la "théorie Jachnichen"⁶³¹ a donc été perçue comme indispensable à la cohésion sociale, sinon politique. Par cet exemple d'inversion théorique soudaine, l'historien rappelle que les théories scientifiques, fussent-elles épidémiologiques, ne s'élaborent pas indépendamment des situations économiques, des conditions sociales et du contexte politique. »⁶³²

Mais à la fin mars 1832, avec la première admission d'un malade officiellement désigné comme cholérique le 26, les choses vont quelque peu se précipiter, et les structures seront soumises à rude épreuve.

Premier élément de poids : la fulgurance du développement de l'épidémie. Après un premier cas le 26, ce sont trois qui sont admis le 27, treize le 28, trente-quatre le 29, etc. La croissance est exponentielle. 136 cas sont admis le 1er avril, 198 le lendemain, le maximum est atteint le 8 avec 589 cas et 302 décès. La baisse est ensuite continue jusqu'à début juin, avant de reprendre à la fin juin et au début juillet. Une centaine de cholériques sont admis quotidiennement au quinze juillet, avant la décrue finale à partir du 18⁶³³. Fulgurance de l'issue, également : plus de la moitié des décès ont lieu dans les premières vingt-quatre heures, la moyenne se situe à trois jours et 90% des décès ont lieu la première semaine⁶³⁴. Les guérisons sont prononcées en moyenne après quatorze jours d'hospitalisation, et la durée moyenne de séjour est de 20 à 25 jours⁶³⁵.

De mars à octobre 1832, ce seront environ 40 000 personnes qui seront malades du choléra

631 Médecin ayant étudié l'apparition du choléra à Moscou en 1831 et pour lequel celle-ci n'y avait pas été importée. Il est, pour Bourdelais et Raulot, un des principaux avocats de la théorie épidémique et un contradicteur majeur de Moreau de Jonnés.

632 Bourdelais & Raulot 1987, p.75.

633 Blondel 1850, pp.15-16.

634 Ce qui correspond à la moyenne nationale selon Bourdelais & Raulot 1987, p.105.

635 Blondel 1850, p.32, à comparer avec plus de 31 jours en 1830 pour l'ensemble des hospitalisés. cf. AAP 1M6.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

à Paris, la mortalité avoisinant les 50%, avec 18 402 décès⁶³⁶. Le nombre de malades à domicile n'est pas aisé à établir, et il est extrapolé du nombre de morts et du taux de mortalité. Les chiffres hospitaliers sont plus précis : 13 823 hospitalisations sont prononcées pour choléra dans les hôpitaux et hospices pendant la même période, 6 600 se concluant par un décès. Les hospices sont étonnamment épargnés, puisqu'ils ne représentent que 8% des cas. Ce sont donc environ un tiers des cholériques parisiens qui seront traités dans les établissements du CGH⁶³⁷. Pour l'année 1832, le choléra représente 122 724 journées de malades (soit 7,5% des journées de l'année) et les 12 660 malades n'engendrèrent dans les faits qu'environ 10 000 admissions supplémentaires, soit une croissance de 18% par rapport à 1830⁶³⁸.

La massivité de l'invasion de choléra est bien connue, les chiffres ci-dessus ne surprendront pas. Ils méritaient cependant d'être rappelés pour prendre la mesure précise de l'importance des hôpitaux dans l'assistance aux populations touchées, et l'effort qui fut demandé au CGH. Rappelons brièvement les mesures prises *après* l'irruption de l'épidémie, pour tenter de faire face à l'ampleur des besoins.

Dès le 28 mars, un arrêté est pris pour règlementer l'admission des malades du choléra⁶³⁹. En l'absence d'hôpitaux temporaires et le Conseil n'ayant réservé que cent lits à Saint-Antoine et autant à Beaujon pour les cholériques, on prévoit de recevoir les malades dans tous les établissements, mais dans des salles séparées autant que possible⁶⁴⁰. L'accent est porté sur

636 Les chiffres de ce paragraphe sont tirés des pages 18-22 de la principale source d'information sur l'épidémie de choléra de 1832 dans les hôpitaux de Paris : Blondel 1850.

637 À noter que la proportion des décès ayant lieu dans ces mêmes établissements est équivalente : 32%. 60% ont lieu à domicile, le reste se partageant entre domiciles inconnus et hôpitaux militaires.

638 Blondel 1850, pp.37-38.

639 Arr. CGH 59589 du 28 mars 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁸ F°751-752.

640 La mesure n'émane donc pas d'une décision du Conseil supérieur de santé comme l'écrivent Leca 1982,

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

l'isolement et la désinfection : les visites ainsi que les sorties sont interdites, le personnel chargé des cholériques et ces derniers doivent éviter tout contact extérieur. Des brancards distincts doivent être confectionnés pour le service des cholériques, leurs vêtements et literies désinfectés par du personnel *ad hoc*, les cadavres enveloppés dans des sacs imbibés de chlore, les bières et corbillards également désinfectés. Enfin, mesures dérogatoires, les cholériques seront admis en urgence, sans transiter par le Bureau Central d'Admission⁶⁴¹, les autopsies seront faites dans les vingt-quatre heures, et « le départ des corps pour le cimetière aura lieu immédiatement après l'autopsie. Les corps ne seront point présentés à l'église, ni rendus aux familles ». Il est clair que malgré la prégnance des thèses anticontagionnistes, et bien que le Conseil en ait joué à peine plus d'un mois auparavant, une fois les premiers cas recensés les vieux réflexes déterminent les pratiques : ségrégation et désinfection, lesquelles seront très rapidement mises à mal par l'ampleur des admissions. Dans la semaine suivante, on pare au plus urgent, en suivant presque à la lettre le *modus operandi* de 1814 : les galeux et vénériens de Saint-Louis et de l'hôpital du Midi se voient donner leur exéat contre des secours en argent, et 100 infirmes résidant dans les hôpitaux sont transférés vers les hospices. L'hospice des orphelins du faubourg Saint-Antoine est transformé en hôpital, ses pensionnaires évacués sur les Incurables. Enfin, un service de cholériques est établi aux Ménages pour venir en aide à la population du X^e arrondissement, particulièrement éprouvée⁶⁴². Le deux avril, les premières ambulances entrent en fonction, leur nombre ira croissant, leur matériel pourvu en partie par les habitants de Paris auxquels le préfet fait appel par voie d'affichage, comme en 1814.

Enfin, le 7 avril le préfet et le Conseil Municipal informent le CGH qu'ils se sont rangés aux propositions émises par lui neuf mois plus tôt sur la nécessité de créer des hôpitaux

p.120 ; Bourdelais & Raulot 1987, p.185.
641 Sur le BCA, voir infra section 2.2.1.1.
642 Blondel 1850, p.48.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

temporaires, ainsi que les moyens d'exécution qui avaient été indiqués alors : 500 000F sont votés par le conseil municipal pour des hôpitaux temporaires. Les fonds étant disponibles, le CGH applique rapidement le plan initial et met sur pied cinq hôpitaux, dont les deux principaux sont celui des greniers de réserve⁶⁴³ et un ancien couvent à la barrière des Bons-Hommes, l'ensemble représentant environ 1 400 lits⁶⁴⁴. De la même manière qu'en 1814, le CGH eut à aménager les bâtiments pour les rendre propres à leur nouvelle destination, et exécuta l'opération en un temps record, notamment grâce à de nombreux soutiens bénévoles. Le 13 avril, six jours après que la décision fut arrêtée, l'hôpital de la Réserve et ses 800 lits est opérationnel, moyennant 80 000F de dépenses. Cinq jours supplémentaires et 40 000F de travaux auront été nécessaires à l'ouverture des 400 lits des Bons-Hommes, le 18. Dans l'intervalle, les établissements temporaires plus modestes ont été établis : les Lazaristes le 16, Clichy et Saint-Sulpice le 17. Si l'on exclut l'hôpital temporaire pour convalescents de Picpus et l'aménagement de l'hospice Leprince (fondation gérée par le Bureau de Charité du X^e arrondissement depuis 1826), qui auront lieu plus tard⁶⁴⁵, ce sont cinq hôpitaux temporaires qui sont organisés⁶⁴⁶ en onze jours, qui comptabiliseront 1550 lits au maximum de leurs capacités⁶⁴⁷.

Les ressources déployées par le CGH pour augmenter les capacités hospitalières furent donc importantes, ce qui ne fut pas le cas pour les secours à domicile. Le Conseil, poursuivant la politique affichée depuis sa création, laissa ces derniers à l'initiative individuelle : seuls 20 000F furent attribués par secours d'urgence aux familles les plus misérables, qui vinrent s'ajouter aux 36 000F votés par la commune le 5 avril pour fourniture de vêtements. On fit

643 Situés à l'ancien petit Arsenal, au sud de la Bastille ils avaient été établis sous l'Empire pour limiter l'impact sur les finances des fluctuations des mercuriales.

644 Blondel 1850, p.48.

645 Et ne représenteront que 64 lits au plus haut de leurs capacités.

646 Et même six si l'on y ajoute la transformation de l'hospice des orphelins.

647 840 pour l'hôpital de la Réserve, 400 pour les Bons-Hommes, 60 pour Clichy, 82 pour Saint-Sulpice, 51 pour les Lazaristes et 117 pour les les Orphelins, cf. Blondel 1850, p.50.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

donc appel à la charité publique : en sus des dons en nature (litterie, vêtements), 750 000F en argent furent réunis⁶⁴⁸, partagés à égalité entre les bureaux de bienfaisance et les postes médicaux⁶⁴⁹.

Parallèlement aux efforts d'organisation à l'échelle de la ville, le Conseil allait octroyer des marges de manœuvre supplémentaires à ses personnels administratifs et médicaux. Début avril, il prend des mesures en vue « d'affranchir les prescriptions des médecins de toutes les restrictions des règlements ordinaires, et d'augmenter, autant qu'on put le supposer utile, le personnel des élèves, des employés et des serviteurs »⁶⁵⁰ en même temps que les rémunérations et rations alimentaires, avec pour objectif de lutter contre la fatigue et la maladie⁶⁵¹. En même temps que les hôpitaux temporaires étaient établis, un arrêté du 7 avril mettait sur pied une « commission spéciale » près de la préfecture de la Seine, composée de Delessert et Cochin, membres du CGH et Lafaulotte et Sanson Davilliers, conseillers municipaux. Elle était chargée des travaux à faire dans les établissements et surtout de passer des marchés pour l'organisation et le service des hôpitaux temporaires : l'objectif était d'accroître la réactivité de l'administration en la libérant des multiples contreseings auxquels ses dépenses étaient assujetties⁶⁵², et de faire acquitter la plus grande partie de ces dernières directement par la municipalité. Le Conseil n'avait pas envie de revivre les difficultés de trésorerie de 1814...

648 Dont 108 000F versés par la famille royale.

649 Blondel 1850, p.53

650 Blondel 1850, p.51.

651 cf. Arr. CGH 59686 du 4 avril 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°31 qui donne toute latitude aux membres de la Commission Administrative pour acquérir linge et traitement pour les cholériques, augmenter la nourriture des employés et élèves, prendre des employés temporaires, faire imprimer dans les quantités nécessaires les états statistiques pour l'enregistrement des malades, etc.

652 cf. supra section 1.2.1.1.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

Le CGH n'eut « jamais de difficultés pour organiser le personnel de tous ses établissements : médecins, pharmaciens, élèves, vinrent à l'envi offrir leur concours »⁶⁵³, par altruisme et par curiosité pour cette nouvelle pathologie. Le CGH augmenta ainsi ses effectifs de 1 369 personnels supplémentaires⁶⁵⁴ jusqu'en mai avant de s'en séparer progressivement⁶⁵⁵. 475 d'entre eux servirent dans les hôpitaux temporaires (dont 345 pour la Réserve). Les hôpitaux permanents virent leurs effectifs s'accroître dans des proportions très importantes : entre +50 et +150% pour la majorité d'entre eux, ils triplèrent à l'Hôtel-Dieu et quintuplèrent presque aux Ménages⁶⁵⁶. S'il pourrait paraître surprenant que seul un tiers du surplus de personnel soit dirigé vers les hôpitaux temporaires, ce ne sont pas eux qui vont absorber l'essentiel du surcroît de malades : sur les 12 661 cas de choléra traités, 85% le seront dans les hôpitaux permanents, dont 25% pour le seul Hôtel-Dieu⁶⁵⁷. C'est donc l'infrastructure existante qui va absorber l'essentiel de la charge, les hôpitaux temporaires servant avant tout à recevoir les malades non cholériques évacués⁶⁵⁸.

On suivra donc, contre Leca, l'analyse de P. Bourdelais & J.-Y. Raulot :

« Cet effort de mobilisation intensif, et largement improvisé, aboutit, grâce à la générosité des institutions et personnes qui peuvent mettre des locaux à la disposition des maires, à aligner 1500 lits en moins de quinze jours. Il est de bon ton de railler l'impéritie de l'administration et peu d'auteurs, même contemporains, résistent à ce plaisir. Pourtant, en l'occurrence, l'élément d'explication essentiel n'est pas

653 Blondel 1850, p.50.

654 L'essentiel des effectifs extraordinaires est composé d'infirmiers et de personnels de salle (60% soit 797 employés) et d'élèves (externes, internes, externes faisant fonction d'internes, élèves en pharmacie forment 20% de ses effectifs, soit 242 personnes).

655 cf. Arr. CGH 5548 du 11 avril 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°113-116 ; 59776 du 14 avril 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°152-154 ; 59791 du 14 avril 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°171 ; 50054 du 9 mai 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°524-532 ; 60060 du 9 mai 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°540-547.

656 Naturellement l'hospice avait un taux d'encadrement faible auparavant, ce qui explique le chiffre. Il indique cependant que les priorités affichées par le CGH (cf. supra note 642 p.190) n'étaient pas que vains mots.

657 Blondel 1850, p.33, qui donne en valeur absolue 10871 cas dans les hôpitaux permanents contre 1790 dans les temporaires, 3189 cas à l'Hôtel-Dieu, 2007 à Saint-Louis et entre 1100 et 1200 à la Pitié, la Charité et Saint-Antoine.

658 La Réserve, en 156 jours de fonctionnement et avec 840 lits, ne recevra que 875 malades du choléra (alors que la durée moyenne de séjour pour les cholériques était d'environ 20 jours), les Bons-Hommes 57 cas pour 148 jours de fonctionnement avec 400 lits au maximum. cf. Blondel 1850, p.33,50.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

l'incapacité des pouvoirs publics à prévoir et organiser, mais bien plutôt l'effet de surprise. Certes, chacun pouvait suivre depuis plus d'une année la marche de l'épidémie vers l'Europe du Nord-Ouest, mais il ne faisait aucun doute que la médecine et la science européennes, en particulier françaises, sauraient ne pas laisser libre cours au développement de l'épidémie. Une telle assurance explique que l'on ait prévu de mobiliser seulement 200 lits, dans deux hôpitaux parisiens, pour accueillir les cholériques. Les faits, douloureux, viennent contrarier cette belle assurance dans la supériorité de l'Occident. Après l'effet de surprise, considérable, la contre-offensive s'organise au mieux. »⁶⁵⁹

Un indice remarquable de ceci est fourni par la « pénurie » de lits. D'après le rapport de Blondel⁶⁶⁰, alors que les premiers cas déclarés de choléra datent du 26 mars et augmentent exponentiellement (34 cas le 29, 136 le 1^{er} avril), le nombre d'hospitalisés baisse encore plus rapidement. Si bien qu'il y avait, le 31 mars, environ 500 lits disponibles. La tension maximale dut être atteinte lors des dix premiers jours d'avril, alors que les hôpitaux temporaires de la Réserve et des Bons-Hommes n'étaient pas encore opérationnels et que le nombre de cholériques admis quotidiennement allait croissant, mais dans l'ensemble les lits ne semblent pas avoir fait défaut⁶⁶¹. Au 31 mars, 100 lits étaient occupés par des cholériques, plus de 700 le 5, et le maximum fut atteint le 12 avec 1 779 lits de cholériques⁶⁶². Corrélativement, la population des autres malades diminuait drastiquement : le 12, ils n'étaient plus que 1 500, et la population totale était passée sous les 4 000 hospitalisés, soit près de 15% de moins que les 4 678 lits occupés pointés le 1^{er} mars, alors que le nombre total de places en hôpital allait croissant. Le 18 avril tous étaient en fonction, plus ou moins à plein rendement. Le nombre de lits opérationnels passa conséquemment de 4 944 le 14 avril à 5 500 le 21 et 6 000 le 25⁶⁶³.

659 Bourdelais & Raulot 1987, p.186.

660 Tous les chiffres cités dans ce paragraphe sont issus de Blondel 1850, pp.35-39.

661 Ce qui ne veut pas dire qu'ils aient été partout en nombre suffisant, notamment au début de l'épidémie, où les lits vacants pouvaient se trouver dans des hôpitaux ou des services (homme ou femme, médecine ou chirurgie) peu sollicités, alors que d'autres, ailleurs, étaient sur-occupés.

662 Même si le maximum d'admission (et de décès) fut atteint les 8 et 9 avril (308 et 291 décès dus au choléra respectivement), ce qui s'explique par la durée moyenne de séjour pour les cas fatals, autour de trois jours. Cf. supra p.188.

663 Sans compter les 595 lits de la maison d'accouchement et les Enfants-Trouvés.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

Résultat de la croissance somme toute rapide des capacités et de l'effet d'éviction des malades et blessés au profit des cholériques : un nombre de vacances important. Avec la diminution du nombre de cholériques à partir du 13 avril, il est clair que le CGH est en surcapacité : dès le 14, 1 500 sont vides, et 2 000 le 20⁶⁶⁴. Si bien que le CGH va rapidement décider de rendre des établissements à leur vocation initiale. C'est le cas de l'hospice des Orphelins le 14 avril, des Ménages le 18 ou encore des Vénériens le 21⁶⁶⁵, dont on évacue les cholériques vers les hôpitaux temporaires qui leurs sont progressivement réservés. Avec la création de salles de convalescence⁶⁶⁶, c'est donc la distribution générale des secours qui s'inverse : les hôpitaux temporaires deviennent spécialisés dans la prise en charge des cas de choléra.

Parallèlement, on allège les restrictions sur les entrées et sorties des établissements et les visites qui, motivées par la crainte de la contagion, risqueraient d'écarter « la classe ouvrière des secours que l'administration s'efforce de lui assurer dans les établissements »⁶⁶⁷ ; et on diminue le nombre d'employés : les élèves externes surnuméraires sont remerciés à partir du premier mai, ce qui ne va pas sans des protestations⁶⁶⁸.

La recrudescence de cas de choléra à la fin juin et du début juillet ne produira pas de changement important : mois nombreux, les cas sont absorbés par l'hôpital de la Réserve, des Bons-Hommes et la brève réouverture de celui de Clichy. Les besoins diminuent à partir de

664 cf. Arr. 59778, du 14 avril 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°156 et Blondel 1850, p.36

665 Arr. 59778, du 14 avril 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°156 ; 59841 du 18 avril 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°231 et 59851 du 21 avril, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°336-337 respectivement.

666 Arr. CGH 59825 du 18 avril 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°214 et 59851 du 21 avril 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°336-337.

667 Arr. CGH 59820 du 18 avril 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°209. Le 16 mai, un arrêté autorise la restitution des corps aux familles.

668 Il faut dire que les pouvoirs publics, CGH compris, ont fait preuve de quelques mesquineries dans la démonstration de leur gratitude : indemnités versées au plus juste, médailles honorifiques distribuées en fonctions d'inimitiés personnelles ou politiques, etc. cf. Delaunay 1933, pp.76-78.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

début août et la Réserve, dernier hôpital temporaire, est clos le 12 septembre 1832⁶⁶⁹.

Les deux crises sanitaires d'envergure auxquelles le CGH dut faire face n'ont donc pas tout à fait la même échelle : la campagne de France entraîna à elle seule un surcroît de plus de 1,3 million de journées de militaires, alors que le choléra ne représente « que » 120 000 journées d'hospitalisation. De ce fait, alors qu'en 1814 les hospices vont se trouver largement mis à contribution, ce n'est pas le cas en 1832, où ils seront très peu touchés. Mais dans les deux cas, les conséquences financières et humaines pour l'institution semblent avoir été plus limitées qu'initialement craint. On a vu que la générosité des Parisiens avait permis au CGH de renouveler sans frais une grande partie de la literie de ses hôpitaux et que nonobstant des difficultés à obtenir que le ministère tienne ses engagements en 1815, la situation financière était à peu de chose près stabilisée en 1814. En 1832, c'est la municipalité qui acquitta la quasi-totalité des dépenses (chiffrées à plus d'un million de francs⁶⁷⁰), notamment parce qu'elles étaient ordonnées par une commission mixte CGH-conseil municipal rapidement mise en place⁶⁷¹. Enfin, les personnels payèrent un tribut différencié, mais identiquement réparti : 80% des 202 employés du CGH emportés par le typhus en 1814 étaient affectés au service des salles (sœurs, surveillants, infirmiers), ils étaient 55% des 97 morts du choléra en 1832⁶⁷². Les personnels médicaux (médecins, chirurgiens, pharmaciens, élèves) à chaque fois particulièrement épargnés : ils forment 1% des employés morts du typhus et 6% du choléra⁶⁷³.

Point commun : il est frappant de constater la centralité du CGH dans la mise en place de

669 Correspondance avec le ministre du 12 septembre 1832, AAP 136 FOSS¹²¹ F°717-719.

670 Blondel 1850, p.58.

671 cf. supra p.190.

672 Pour les chiffres, voir Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris 1815 tableau III et Blondel 1850, p.40.

673 Cette relative immunité du corps médical se confirme au-delà des hôpitaux : Leca 1982, pp.132-133 rapportent que 30 médecins parisiens seulement sur 1 500 meurent du choléra, et 12 étudiants sur 1 600.

1.2.2 Un soutien de l'État en période de crise : 1814-1815 & 1832

l'action publique sanitaire dans la capitale. La chose n'est pas en soi surprenante, ce qui l'est un peu plus, c'est la latitude qui lui est accordée alors que dans les deux cas, on aurait pu s'attendre à le voir interagir beaucoup plus avec le ministère de la Guerre en 1814 et le Conseil Supérieur de Santé ou le Conseil de Salubrité de la Seine en 1832. Au-delà, on voit émerger un type de réponse relativement homogène. Il s'agit pour le CGH de tenter de maintenir le *statu quo* structurel et d'augmenter ses capacités d'accueil. D'où la mise en place d'hôpitaux temporaires, que l'on tente de spécialiser dès que possible. La célérité dans l'exécution de la mesure permet d'ailleurs une réponse qui, sans être exempt de défauts, est loin d'être inepte. En particulier en 1832, où les lits et le personnel ne manquèrent pas. Enfin, il est tout à fait remarquable de voir que dans le débat ouvert entre partisans de la contagion et de l'épidémie, l'institution utilisa les différentes positions pour promouvoir ses intérêts propres, tout en prenant des mesures d'inspiration clairement contagionnistes. Cette conduite ne traduit pas seulement une position médicale, mais aussi – et peut-être surtout – la vision des conseillers de ce qui était le plus propice à garantir à la fois un moindre mal sanitaire et gestionnaire.

Bien qu'il se soit dégagé d'importantes marges de manœuvre, le CGH resta sous supervision étroite du pouvoir politique : le contrôle préfectoral et ministériel était constant, et l'État l'intégra à ses instruments de gestion des crises sanitaires. Tentons de dégager les priorités propres du Conseil.

1.3 Entre administration et médecine, les priorités hospitalières du CGH

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

1.3.1.1 Hôpitaux ou secours à domicile ?

LES HÔPITAUX ET LE CGH ont donc été la cheville ouvrière de l'assistance aux blessés et malades pendant les deux principales crises sanitaires du premier XIX^e siècle. La pertinence d'une structure hospitalière solide et étendue prend alors tout son sens, et l'utilité même de l'institution ne fait pas débat. Ces circonstances exceptionnelles feraient presque oublier les critiques récurrentes dont l'hôpital est l'objet depuis le milieu du XVIII^e siècle, et que nous avons exposées plus haut⁶⁷⁴.

Dans le cadre de ce travail, nous ne nous intéressons qu'aux hôpitaux. Il est pourtant édifiant de revenir rapidement sur les choix faits par le CGH : pour la première fois, une institution était en mesure de déplacer le centre de gravité des dispositifs d'assistance des vieux hôpitaux critiqués aux secours à domicile, préférés par nombre de réformateurs. Préférence largement partagée pendant toute la période qui nous occupe, y compris à la tête du CGH, par le préfet lui-même :

« Les Secours à domicile sont peut-être la branche la plus importante et la plus intéressante des Secours publics. Les hôpitaux et les hospices ne doivent en être en quelque sorte que le supplément. Ils sont nécessaires pour ceux qui se trouvent dans un dénuement le plus absolu, sans parens, sans amis, sans aucun moyen personnel d'existence ; mais à l'aide des secours à domicile, on peut diminuer considérablement le nombre de ceux qui demandent à être admis dans ces asiles, en les retenant au sein de leur famille.

Il est bien plus satisfaisant pour le pauvre malade ou infirme d'être assisté chez lui, et d'y recevoir les soins de sa femme, de ses enfans, ou de ses parens, que de se voir, pour ainsi dire, isolé en se trouvant placé dans un hôpital, au milieu d'individus qui ne lui tiennent par

674 cf. supra pp.17 & sq.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

aucun lien ni du sang ni de l'amitié.

La morale publique ne peut que gagner à ce mode de secours, qui tend à resserrer les liens de la famille, et à aider des enfans ou des parens à remplir un devoir que leur prescrit la nature. »⁶⁷⁵

Le Conseil, aréopage de philanthropes, réussit-il à accomplir les vues des réformateurs et révolutionnaires ?

Non. Et pour cause : non seulement il ne s'y essaya pas, mais l'étude de sa politique budgétaire indique qu'il pérennisa la prépondérance hospitalière. C. Duprat⁶⁷⁶ l'a très bien montré : la part des dépenses totales affectée aux Secours à domicile régresse tout au long de la première moitié du XIX^e siècle. De 15 à 18% entre l'an XI et 1817, les moyennes quinquennales régressent continûment de 18,7% pour la période 1817-1820 à 16,4% pour 1826-1830 pour finir à 12% en 1836-1840. Les montants, en valeur absolue, augmentent un peu à la fin des années 1820, mais restent étonnamment stables sur la période 1810-1840, alors que les moyens du CGH augmentent modestement⁶⁷⁷. Surtout, les fonds accordés aux secours à domicile sont très loin de compenser l'augmentation de la population parisienne : alors qu'entre l'an XI et 1841 les crédits affectés aux secours à domicile augmentent de 23%⁶⁷⁸ les dépenses totales des services hospitaliers et de secours sont majorées de 53% et la population parisienne croît de 67%⁶⁷⁹. Clairement, le Conseil ne profita pas de l'étendue sans précédent de ses prérogatives pour redessiner le fonctionnement de l'assistance parisienne, bien au contraire.

Les secours à domicile, priorité affichée, enfants pauvres en réalité, furent donc laissés... à

675 Discours de Chabrol, préfet de la Seine, de 1816, repris dans AAP 1M6, rapport moral sur l'administration en 1828, pp.LIII-LIV.

676 Duprat 1997, pp.130-135.

677 Pour le détail des dépenses du CGH et des sommes qu'il alloue aux secours à domicile, voir Duprat 1997, p.131,133.

678 Cet accroissement de 23% est en fait déjà enregistré en 1810. Par la suite, la proportion des crédits affectés aux secours à domicile augmente jusqu'en 1817 pour rester relativement proche de deux millions de francs par an pendant treize ans, puis diminueront entre 1830 et 1836 pour revenir au montant de 1810, soit autour de un million et demi. cf. note précédente.

679 Duprat 1997, p.129.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

l'initiative privée. Laquelle se manifeste essentiellement par les nombreuses sociétés philanthropiques étudiées par C. Duprat, et en particulier la Société Philanthropique et la Société de Charité Maternelle. Elles combleront une bonne part des manques des bureaux de charité en distribuant argent, vêtements, conseils, médicaments, en établissant des dispensaires, etc⁶⁸⁰.

Si la politique budgétaire du CGH manifeste la volonté de sauvegarder l'hôpital et de ne pas le voir disparaître au profit des secours à domicile, reste à exposer les principales raisons de ce choix qui semble si opposé à l'esprit du temps. E. Ackerknecht a avancé une explication fort simple : les hôpitaux auraient été finalement maintenus parce que la Révolution les aurait transformés en « temples de la médecine », essentiellement grâce à la mise en application de cinq principes, dont certains prenaient clairement racine dans la dernière décennie de l'Ancien Régime :

« 1) Amélioration et agrandissement des anciens hôpitaux (par exemple l'Hôtel-Dieu, La Charité).

2) Établissement d'une nette démarcation entre les institutions strictement médicales (hôpitaux), les institutions philanthropiques (destinées aux orphelins, aux vieillards, etc., qui, après 1808, prendront le nom d'« hospices », distincts des hôpitaux), et les prisons (par exemple La Pitié, Charenton, La Salpêtrière). Mais, alors que La Salpêtrière vit disparaître sa section carcérale en 1795, Bicêtre allait conserver la sienne jusqu'en 1836, comme le savent tous ceux qui ont lu *Les Misérables*.

3) Construction de nouveaux hôpitaux, plus petits. Entre 1775 et 1785, on construisit autant d'hôpitaux que durant les 130 années qui avaient précédé : Clinique de Perfectionnement, 1775 ; Necker, 1778 ; Cochin, 1780 ; Beaujon, 1784 ; Maladies Vénériennes, 1785 ; Maison de Santé, 1781.

4) Transformation en hôpitaux des couvents confisqués par l'État (par exemple Saint-Antoine, Val de Grâce).

5) Mainmise de l'État sur les hôpitaux et centralisation de leur

680 Sur la société philanthropique, qu'elle qualifie d'« auxiliaire nécessaire de l'administration » voir Duprat 1997, pp.327–403 et Weiner 1982. Sur la Société de Charité Maternelle, voir Woolf 1991.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

administration, ce qui permit de disposer d'hôpitaux beaucoup plus importants que ceux que pouvaient entretenir des organismes privés. »⁶⁸¹

C'est leur médicalisation, *Deus ex machina*, qui expliquerait la survivance des hôpitaux. L'explication est simpliste. Elle confond deux questionnements : *pourquoi* les hôpitaux survécurent-ils à la critique et à leur remplacement annoncé d'une part, et *comment* furent-ils transformés en « temples de la médecine » d'autre part. Considérer que la réponse à la première question réside toute entière dans la seconde est insatisfaisant. D'abord parce que les hôpitaux ne sont pas des temples dédiés à la médecine au XIX^e siècle, tant s'en faut⁶⁸² ; ensuite parce que quand bien même leur médicalisation serait une réalité, cela n'exclurait pas qu'ils assument en outre d'autres fonctions, qui auraient concouru à leur « sauvetage ».

Pour Duprat, les raisons de « l'irréversible érosion » des moyens des secours à domicile et la prépondérance des secours hospitaliers ne manquent pas :

« La volonté de rigueur gestionnaire, l'état de vétusté des hôpitaux et hospices, les exigences du progrès médical et jusqu'à certains traits des mentalités contemporaines, tout devait concourir, une génération durant, à faire sacrifier les services de secours aux établissements hospitaliers. Nul secteur, il est vrai, que n'aient affecté les prescriptions d'économie. Dans les hôpitaux et hospices, on limitait les dépenses d'administration et d'entretien, dans les hôpitaux on imposait la réduction de la durée d'hospitalisation. Mais les dépenses hospitalières d'hébergement ou de soins n'étaient que médiocrement compressibles. [...] Malades et pensionnaires des hospices trouvaient de vigoureux défenseurs dans la personne de leurs médecins. Comment les administrateurs du Conseil des Hospices auraient-ils pu ne pas céder aux sollicitations de certains chefs de clinique, prestigieux représentants d'une école médicale alors sans rivale ? »⁶⁸³

En somme, les hôpitaux auraient survécu à la tourmente par la force de l'habitude et l'éclat de la clinique. C'est l'analyse qui est traditionnellement proposée : l'impossibilité de soigner à domicile les malades n'en ayant pas – saisonniers, main-d'œuvre mobile attirée à la ville par

681 Ackerknecht 1986, p.32.

682 cf. infra section 1.3.2.

683 Duprat 1997, pp.133–134.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

l'industrialisme naissant – rendait nécessaire le maintien d'une infrastructure fixe d'accueil. Maintien qui fut encouragé – pour des raisons socioprofessionnelles et épistémologiques – par les médecins, pourvus d'une nouvelle influence du fait de l'extension de leur domaine de compétence et la valorisation de leur statut social. C'est l'analyse qu'en fait Robert Castel, pour qui le « sauvetage » de l'asile – mais l'argument peut sans peine être étendu aux hôpitaux – est dû à deux mobiles : un politique, qui vise à protéger la société contre le résidu de l'assistance à domicile dans le contexte de l'industrialisation, un autre scientifique : il permet à la science médicale la définition de son objet⁶⁸⁴. Le cœur de l'argument est également repris par L. Boule pour laquelle « Trois circonstances sauvèrent finalement les hôpitaux : le manque de temps, la nécessité de lutter contre le paupérisme, par l'hospitalisation, et les bouleversements sociaux et la guerre qui font ressentir, dès 1794, le besoin intense de médecins formés à l'enseignement de la pratique »⁶⁸⁵ ou J. Léonard : « Alors que la Révolution, à ses débuts, rêvait d'un effacement des hôpitaux, l'aggravation du paupérisme et le renouvellement de la pédagogie médico-chirurgicale en font au contraire le centre focal de l'assistance et le lieu privilégié de la recherche. Les grands hôpitaux contribuent à former le personnel médical, offrent aux classes populaires les soins et les remèdes gratuits des consultations externes et servent de supports logistiques aux vaccinations massives »⁶⁸⁶.

Pour le dire simplement, il semble que Duprat manque un élément important de la fonction hospitalière, sur laquelle nous reviendrons longuement⁶⁸⁷, qui est indiquée par Boule et Léonard, et qui fut analysée plus largement par Foucault : l'hôpital devait survivre parce qu'il fournissait au pouvoir politique un point d'appui sans équivalents pour la constitution et

684 Castel 1976, chap.2. Cet argument est peut-être particulièrement adapté à la psychiatrie, comme le démontre Castel. Nous tenterons, pour notre part, de montrer que sa portée vaut, *mutatis mutandis* pour une part bien plus large de la médecine. cf. infra section 2.1.1.1.

685 Boule 1980, p.36.

686 Léonard 1981, p.54.

687 cf. infra section 2.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

l'exercice de ses prérogatives dans ce qui allait devenir un pan entier de son action – la politique sanitaire – jusqu'à constituer, pour Foucault, un mode de gouvernement : la biopolitique. Il nous semble qu'à considérer la « grande transformation »⁶⁸⁸ que connaissent les sociétés d'Europe de l'Ouest à la fin de l'Ancien Régime et pendant tout le XIX^e siècle et ce qu'elle entraîna de reconfigurations sociales et économiques, l'hôpital, avait une longueur d'avance. Il concentrait bien plus – ou bien mieux – hommes, choses et théories, et constituait *in fine* un levier nettement plus efficace que les secours à domicile pour répandre et répondre aux multiples problèmes politiques, sanitaires et d'assistance qui se posaient. Non pas que l'hôpital fut uniquement (re)constitué pour cette fin, mais plutôt que ces bouleversements passèrent, *inter alia*, par des institutions, qui de ce fait n'en devinrent que plus puissantes. L'hôpital fut de celles-là.

Enfin, si le CGH fit clairement le choix de maintenir ses établissements contre les secours à domicile, s'écartant de la *doxa* réformatrice alors qu'il en avait les moyens plus que quiconque auparavant, peut-on dégager une semblable affirmation de priorité dans son financement des hôpitaux et hospices ?⁶⁸⁹

688 Pour reprendre Polanyi 1983.

689 Les quatre diagrammes qui suivent sont tirés de AAP série 1M. Les dépenses affectées ont été corrigées des dépenses générales d'administration, qui étaient imputées aux hôpitaux et hospices au pro rata simple du nombre de journée dans les uns et les autres, augmentant artificiellement les dépenses affectées aux hospices.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

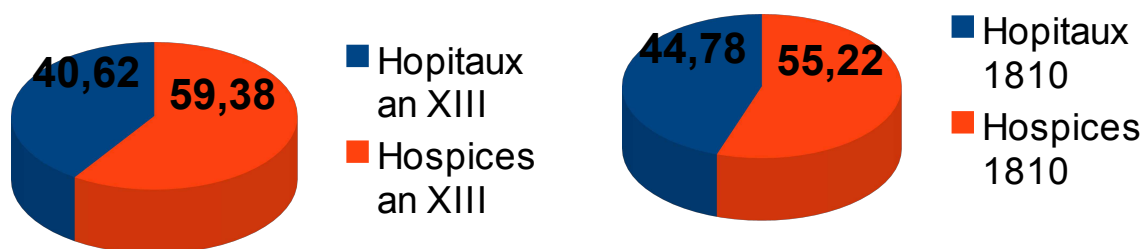
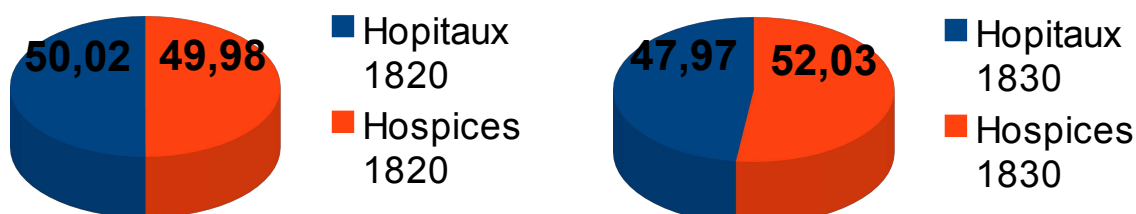


Illustration 7: Part des hôpitaux et des hospices dans les dépenses hospitalières du CGH. Source : AAP série 1M.



Très clairement, le CGH consacre une part croissante de ses efforts aux hôpitaux, au détriment des hospices : les premiers concentrent près de 50% des dépenses à partir de 1820, alors qu'ils ne représentent que 33% des lits. Autrement dit, alors que le CGH fait son possible pour distinguer strictement hôpitaux et hospices⁶⁹⁰, les hospices, héritiers des hôpitaux chrétiens dispensant avant tout l'hospitalité, se voient leurs ressources accaparées par les hôpitaux que l'on veut médicaliser⁶⁹¹. Au volontarisme réglementaire du Conseil pour promouvoir la différenciation entre les deux types d'établissements auront correspondu des efforts financiers non négligeables...

690 cf. infra section 2.

691 Pour le détail des dépenses hospitalières, voir infra p. 262.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

Ce rééquilibrage n'est vraisemblablement pas fortuit : la composition du Conseil et son financement eurent précisément pour effet de le voir particulièrement attentif aux contraintes de bonne gestion. Cette attention très marquée à l'économie est attestée par D. Weiner et Catherine Duprat pour les deux principales facettes des activités du CGH. Pour la première

« Les conseillers adoptèrent les priorités proposées par Frochot et instruisirent la commission administrative en conséquence : la responsabilité fiscale était cruciale. Ils devaient établir des budgets réguliers, les contenir dans les bornes acceptables, réduire les dépenses si nécessaire, les accroître si possible. Ils devraient analyser chaque détail des opérations des dix-neuf institutions sous leur supervision ; les commissaires devaient fournir au conseil des comptes détaillés des populations hospitalières, personnels, salaires, dépenses pour la nourriture, les fournitures, médicaments, services et autres frais »⁶⁹².

Pour la seconde, « c'est une politique de longue haleine que la ligne gestionnaire définie et maintenue par le Conseil des Hospices durant plusieurs décennies », qui n'est pas « simple adaptation à la pénurie », mais une « mise en œuvre des principes du libéralisme social et du malthusianisme » qui a souvent devancé les consignes de rigueur de la préfecture et du ministère⁶⁹³.

Ceci est important pour apprécier avec justesse le cadre dans lequel s'est exercée l'administration des hôpitaux et les perspectives avec lesquels se sont développées les convergences médico-administratives que nous exposerons dans les deux parties suivantes.

692 Weiner 1993, p.146 : « The councilors adopted the priorities proposed by Frochot and thus instructed the hospital commission: fiscal responsibility was crucial. They must establish regular budgets, stay within the limits, retrench if necessary, expand where possible. They would investigate every detail of all the operations in the nineteenth institutions under their governance; the commissioners were to provide the council with detailed accounts of hospital censuses, personnel, salaries, expenditures, for food, supplies, medication, services, and daily costs. »

693 Duprat 1997, p.304.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

1.3.1.2 *Les établissements centraux : pain, vin et remèdes*

Il est un exemple qui illustre à merveille à la fois la « ligne gestionnaire » du CGH et ce qu'il pouvait représenter comme appui central pour le système médico-assistanciel de la capitale dont il était question à la section précédente : ce sont ses « établissements généraux », la pharmacie, boulangerie et cave centrale⁶⁹⁴. L'étude détaillée de ces trois établissements dépasse largement le cadre de notre travail, aussi on les abordera uniquement dans le cadre de cette illustration.

L'idée d'une centralisation des fournitures et services communs à tous les hôpitaux est clairement proposée par Tenon dans son cinquième mémoire⁶⁹⁵, sous la dénomination de « maison commune ». Dans celle-ci seraient rassemblés boulangerie, boucherie, cave, pharmacie, ateliers de charronnage, menuiserie, chaudronnerie, etc., buanderie et dépôt de bois et charbon.

Au moment où Tenon publie, seul un embryon de boulangerie centrale existe. Elle est située dans la *maison de Scipion*⁶⁹⁶, près du faubourg Saint-Marcel, après que l'Hôpital-Général ait décidé d'y placer en 1675 une boulangerie et une boucherie pour le service de ses maisons⁶⁹⁷. En l'an IV (1795-1796), la commission administrative confie à Parmentier le réaménagement des bâtiments pour y transférer la boulangerie d'autres hôpitaux⁶⁹⁸ : les Incurables et les Petites-Maisons dans un premier temps, puis l'Hôtel-Dieu le 12 thermidor an

694 Parfois dites « générales ».

695 Tenon 1788, pp.351 & sq.

696 Du nom de son acquéreur, le banquier toscan Scipion Sardini (1526-1609). Le bâtiment se trouve maintenant dans la rue homonyme, et a hébergé la boulangerie centrale jusqu'en 1973. Il reste à ce jour la propriété de l'AP.

697 La première se trouvait auparavant à la Salpêtrière.

698 cf. Clavareau 1805, p.172.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

V (30 juillet 1797)⁶⁹⁹. À partir de cette date, la *Maison de Scipion* est la boulangerie générale des hôpitaux civils de Paris, en charge du stockage des farines et de la cuisson du pain.

On mesure aisément l'importance de cet établissement : le pain reste le principal aliment⁷⁰⁰, il fait partie presque tous les ans des cinq premiers postes de dépense, et représente à lui seul 6 à 10% du budget du CGH.

Importance qui dépasse le cadre des seuls hôpitaux et hospices : la boulangerie centrale doit fournir également les bureaux de bienfaisance (qui sont sous la tutelle du CGH⁷⁰¹), mais aussi, à partir de l'an X ou l'an XI, l'hôpital des Quinze-Vingts, des Sourds-Muets puis des prisons de la capitale. Dès le 29 germinal an IX (19 avril 1803) le ministre de l'Intérieur appuie une demande des administrateurs des Quinze-Vingts qui souhaitent se fournir auprès de la Maison de Scipion et de la pharmacie centrale. Le CGH avance des raisons logistiques pour repousser la proposition cette année-là, mais accèdera rapidement à la requête⁷⁰². Il se trouvera ainsi unique pourvoyeur de l'aliment principal de l'ensemble des hôpitaux et hospices civils de la capitale⁷⁰³. Cette fourniture, sans représenter un énorme surcroît d'activité pour la boulangerie, n'était pas négligeable : en 1820, la fourniture de farine et de pain aux bureaux de bienfaisance et aux prisons représentaient un peu plus de 40% de la farine consommée par la boulangerie centrale⁷⁰⁴.

699 AAP D-1, p.222.

700 La production annuelle de la boulangerie centrale est de trois tonnes et demie en 1814.

701 Libres d'utiliser une partie de leurs fonds, ces derniers ne recourent pas exclusivement aux établissements centraux, et se fournissent également dans les boulangeries (et pharmacie) de leur arrondissement au grand dam du Conseil. cf. AAP 1M5 pp.9-17.

702 cf. arr. CGH 59 du 29 germinal an IX, AAP 136 FOSS¹ F°89.

703 Ce qui n'alla pas sans certaines complications, le CGH se plaignant régulièrement du peu de promptitude avec laquelle les Quinze-Vingts s'acquittaient de leurs dettes. cf. par ex. arr. CGH 9423 du 13 juin 1810, AAP 136 FOSS²² F°207.

704 cf. AAP, Bibliothèque Finance cote 15U, compte moral pour 1820, p.181.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

Pour ce faire, le CGH va poursuivre la centralisation amorcée par la commission administrative, et revoir à deux reprises la gestion de la boulangerie, avec un objectif de parcimonie. Quand il prend ses fonctions, cette dernière est gérée directement par l'administration. Aux dires de Camus les frais sont importants et la qualité médiocre, sans qu'il soit aisé d'y remédier, les fournisseurs de farine et boulangers se rejetant mutuellement la faute⁷⁰⁵. Le 8 thermidor an IX (27 juillet 1801), quelques mois après son installation, le CGH décide donc de sous-traiter ces opérations à un « manutentionnaire ». Un marché est passé par le CGH avec des fournisseurs de blés, à prix fixe basé sur les mercuriales de Paris. Le manutentionnaire est chargé de vérifier la qualité de sa matière première et de produire une quantité donnée de pain pour un volume de farine. Libre de gérer sa main d'œuvre, il est payé contractuellement par sac de farine reçu (un peu plus de 5F en 1816⁷⁰⁶) et pour le transport vers les hôpitaux (0.2F pour cinquante kilos à la même date). Quatre personnels administratifs salariés par le CGH⁷⁰⁷ indiquent au manutentionnaire les quantités à livrer aux différents hôpitaux et hospices, et surveillent que celui-ci consacre toute sa production à ses derniers. L'entreprise devait rendre la « Boulangerie [...] et la comptabilité de ce service [...] simple et facile »⁷⁰⁸.

La situation s'inverse en 1817 : les plaintes sur la qualité du pain sont toujours récurrentes, et l'on juge maintenant que le marché passé, s'il simplifie la gestion, n'est pas financièrement profitable. Alors que le contrat de sous-traitance arrivait à échéance, un premier rapport, en juin 1817, s'appuyant sur les essais concluants faits à la « petite boulangerie des Incurables-

705 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.10: « Aucun de ces ouvriers ne répondoit de la bonne qualité du pain, parce qu'ils en rejetoient le défaut sur la qualité de la farine, tandis que, de son côté, le fournisseur de farine répondoit aux reproches sur la qualité de la farine, par d'autres reproches sur le mode de fabrication. »

706 Le marché était à 4,15F/sac au moment du rapport de Camus : le CGH avait imposé au manutentionnaire un prix de 20% inférieur aux coûts constatés lorsque la boulangerie était au « régime paternel ».

707 Un agent de surveillance, un contrôleur, un commissionnaire et un portier.

708 Pastoret 1816, pp.264-265.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

femmes »⁷⁰⁹ et présentant les inconvénients susmentionnés, suggère une amélioration des bâtiments, une supervision plus étroite par la commission administrative, et un retour à la régie directe. La proposition fut validée par le CGH, et prit effet le premier janvier 1818, produisant dès la première année, d'après leurs calculs, une économie annuelle voisine de 34 000F⁷¹⁰, malgré une augmentation de personnel nécessaire à la fourniture de pain aux établissements extérieurs à l'administration, et notamment les prisons.

La boulangerie, service unifié le plus ancien, prit une nouvelle dimension quand la commission administrative décida en 1795 d'en faire un établissement central unique. La même année allait être mise sur pied la pharmacie centrale. Beaucoup plus célèbre, elle a fait l'objet de plusieurs études⁷¹¹. Là encore, nous ne mentionnerons que les points saillants de cette histoire, notre objectif étant de dégager les priorités du CGH, son mode d'administration.

L'idée d'une centralisation des apothicaireries est dans l'air depuis longtemps. Le projet a déjà été avancé sous Louis XVI, outre le *Mémoire* de Tenon, et il est appuyé par Jussieu dans un rapport à la Commune de Paris du 6 mai 1790. La décision de supprimer les pharmacies des différents hôpitaux pour en établir une générale au Grand Hospice de l'Humanité est prise le 18 prairial an III (6 juin 1795), par la Commission nationale des secours publics⁷¹². Sous l'Ancien Régime, une part importante des médicaments était fabriquée dans les établissements par les sœurs apothicaires, à partir de plantes achetées ou cultivées sur place, et l'excédant mis en vente. Ceci suscitait, depuis le XVI^e siècle, des procès réguliers entre pharmaciens et sœurs, les premiers vilipendant l'incompétence des secondes, les secondes accusant les

709 Anonyme 1820, p.6.

710 Anonyme 1820, p.59.

711 cf. notamment Chast, Julien & Loygue 1995 ; Dauphin, Pradeau & Lafont 1995 ; Weiner 1993, pp.113–119.

712 Chast, Julien & Loygue 1995, p.36.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

premiers de verrouiller le marché par le monopole et la fixation des prix⁷¹³. La question concurrentielle était particulièrement sensible à Paris en ce début de XIX^e siècle, le nombre d'officines croissant très rapidement⁷¹⁴. Or la création de l'apothicairerie centrale en 1795, puis son transfert dans l'ancien hospice des Enfants-Trouvés sur le Parvis Notre-Dame le 22 brumaire an V (12 novembre 1796) où elle prit le nom de pharmacie centrale des Hospices⁷¹⁵, marque une étape dans la mise au pas des sœurs apothicaires et la montée du monopole professionnel des pharmaciens. La pharmacie centrale, confiée à des pharmaciens patentés⁷¹⁶, avait vocation à préparer l'ensemble des médicaments – à l'exception des compositions les plus simples. Les sœurs étaient *de facto* exclues de ce champ de la thérapeutique, ou réduites à sa portion congrue. Elles se voyaient donc progressivement interdire les activités médicales, les « sœurs officières » de la Salpêtrière résistant un peu plus longuement⁷¹⁷.

Le développement de la pharmacie tient naturellement aux spectaculaires avancées de la chimie à partir de la fin du XVIII^e siècle⁷¹⁸ et à des logiques professionnelles propres et largement antérieures qui dépassent notre propos ici⁷¹⁹. Il n'en demeure pas moins que la pharmacie centrale y participa et devint par la suite un des symboles de l'ascendant du

713 Les médecins protestant également que les pharmaciens empiétaient sur la thérapeutique.

714 De 116 en 1803, on en dénombre 252 en 1831 (+117%) pour un accroissement de population de 42% sur la période (cf. infra p.326). La concurrence la plus menaçante pour les pharmaciens étant vraisemblablement moins celle des sœurs hospitalières que celle des herboristes. cf. Trépardoux 2004.

715 D'après Clavareau, elle ne fut réellement opérationnelle qu'en l'an VIII (1799), les aménagements de locaux ayant été eux aussi supervisés par Parmentier. cf. Clavareau 1805, pp.167–169. Elle sera déménagée de nouveau en 1812 dans l'ex-maison des Miramiones (où elle restera jusqu'en 1977), quai de la Tournelle, suite aux projets napoléoniens d'embellissement de la pointe orientale de l'île de la Cité. Après un premier projet avorté en 1810, Montalivet donne 100 000F et un mois au CGH en juin 1812 pour faire le transfert dans les nouveaux locaux. cf. Chast, Julien & Loygue 1995, pp.40–42.

716 Un pharmacien en Chef, deux chefs de services, deux élèves, et sept « hommes de peine » en 1803, cf. Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.10.

717 Weiner 1993, p.117. Les conflits autour du monopole professionnel ne s'éteignirent naturellement pas en l'espace de quelques jours. En 1818, le CGH mandate deux membres de la commission administrative et le pharmacien en chef des hospices pour inspecter les bureaux de bienfaisance, suite à un mémoire des maîtres en pharmacie de Paris se plaignant que les sœurs de charité préparent et distribuent des remèdes officinaux aux indigents malades. cf. Arr. CGH du 10 juin 1818, AAP 136 FOSS⁵² F° 224. En 1828, c'est le ministre qui envoie une circulaire nationale rappelant les règlements en la matière, Dauphin, Pradeau & Lafont 1995, chap.IV.

718 Pour une vue synthétique, voir Chast 2002, pp.15–38.

719 On pourra se reporter à Dauphin, Pradeau & Lafont 1995, chap.IV.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

pharmacien sur ces anciennes rivales. En 1802, une délibération de l'école de médecine approuvée par le ministre de l'Intérieur le 3 ventôse an X (22 février 1802) délimitait strictement les prérogatives des sœurs⁷²⁰. Poursuivant là encore l'initiative de la commission administrative dont il était le successeur, les dispositions de cette délibération furent transposées par le CGH dans son règlement sur la pharmacie, qui établissait le recrutement des pharmaciens, le fonctionnement de la pharmacie centrale, et sa comptabilité.

Ce règlement⁷²¹ – lui aussi conçu par Parmentier – est la « pierre angulaire » de l'organisation de la pharmacie centrale comme des pharmacies d'établissements⁷²². Il établit un pharmacien en chef, directeur de la pharmacie centrale et inspecteur des pharmacies des autres hôpitaux, un concours pour les pharmaciens, il limite les drogues détenues à la liste figurant dans le formulaire pharmaceutique et décline la procédure de délivrance pour les autres, interdit la substitution de médicaments sans l'accord de l'officier de santé, impose la rédaction de cahiers de visite, le contrôle des matières premières, la garde des stocks et une comptabilité stricte, avec inventaire mensuel, donnant lieu à la reddition de comptes annuels devant la commission administrative en vue d'établir le prix moyen des produits et le prix moyen de la journée de pharmacie dans les établissements.

Dans le même temps, un des premiers travaux des pharmaciens est la refonte du formulaire pharmaceutique. La pharmacopée des hospices, « dont la rédaction a été ordonnée par le

720 Celles-ci devaient se « conform[er] strictement aux précautions qui leur seront indiquées » par les officiers de santé (au sens pré-1803 de médecin en général). Elles étaient « autorisées à préparer, elles-mêmes, les tisanes, les potions huileuses, les potions simples, les loochs simples, les cataplasmes, les fomentations, les médecines et autres médicaments magistraux semblables, dont la préparation est si simple, qu'elle n'exige pas des connaissances pharmaceutiques bien étendues. » En revanche, il leur était « interdit de s'occuper des médicaments officinaux, tels que les sirops composés, les pilules, les électuaires, les sels, les emplâtres, les extraits, les liqueurs alcooliques, et généralement tous ceux dont la bonne préparation est subordonnée à l'emploi de manipulations compliquées. » Ceux-ci devaient leur être procurés « par l'administration, laquelle fera faire cette fourniture par un pharmacien légalement reçu ». Art. I à IV de la délibération, cf. Société de pharmacie de Paris 1840, pp.592–593.

721 Reproduit en annexe VII, adopté en même temps que celui sur le service de santé, le 4 ventôse an X.

722 cf. Dauphin, Pradeau & Lafont 1995, chap.VI.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

Conseil général d'administration des hospices civils de Paris »⁷²³ est composée par Parmentier et revue par l'école de médecine. Parue en 1803, elle est rééditée sous le nom de *Code pharmaceutique* en 1803, 1807, 1811 et en 1818⁷²⁴. Si la thériaque y figure encore⁷²⁵, avec d'autres composants fantaisistes, le code pharmaceutique indique clairement la volonté de fournir des médicaments aussi purs et homogènes que possible à tous les hôpitaux de la capitale. Il y avait certes des antécédents : le premier formulaire de l'Hôtel-Dieu date des années 1740 et la Faculté de médecine de Paris publiait dès 1638 un « antidotaire »⁷²⁶. Mais ils n'avaient pas la même portée : avec une pharmacie centrale et une pharmacopée unique pour tous les hôpitaux, l'objectif était une normalisation bien plus importante des prescriptions et des pratiques pharmaceutiques⁷²⁷.

La pharmacie centrale et ses instruments avaient donc fonction médicale. Mais aussi économique :

« Avant l'établissement de la Pharmacie centrale, chacun des pharmaciens aussi avoit son formulaire, ses recettes, un mode particulier de travail. Un mode uniforme est établi aujourd'hui ; les préparations pharmaceutiques sont les mêmes par-tout et pour tous ; les magasins n'en renferment pas beaucoup d'inutiles, de mal préparées, de détériorées. La dépense en ustensiles et en combustibles est bien moins considérable qu'elle ne l'étoit dans les divers laboratoires. »⁷²⁸

Ces mots ne sont pas la présentation biaisée d'un administrateur à l'esprit étroitement comptable. Pour Parmentier lui-même, la pharmacie centrale était à la fois gage de bonne pharmacie et de bonne gestion :

« Par le soin que l'administration a mis dans la formation de cet établissement, il produit une diminution considérable dans les

723 Parmentier 1803, p.v.

724 Sous le nom de *Codex medicamentarius sive pharmacopea gallica*. cf. Huard & Grmek 1970, p.157

725 Parmentier 1803, p.173.

726 Fosseyeux 1912, pp.322–323.

727 C'est cette double finalité de la normalisation des pratiques médicales que nous en étudierons à la section 4.

728 Pastoret 1816, p.263.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

dépenses et offre, en même temps, un moyen d'étude et d'instruction, bien au-dessus de ceux qu'on trouve dans les laboratoires particuliers des pharmaciens de Paris. L'Administration des Hospices en réunissant et en concentrant les opérations pharmaceutiques sous la même direction, dans un seul et même local a été bien convaincue que ce moyen ne produirait réellement tous les avantages qu'elle avait droit d'en attendre sous les rapports de l'économie, de la régularité et de l'uniformité des préparations, qu'autant que chaque pharmacien chargé en chef d'un service se renfermerait dans la stricte exécution des prescriptions dites magistrales et qu'on retirerait de ses mains tout ce qui pourrait donner occasion de brûler en pure perte du bois pour faire des expériences étrangères au service, peut être utiles au progrès des sciences, mais toujours onéreuses pour la caisse des pauvres. »⁷²⁹

La centralisation permettait à la fois la standardisation des produits et des procédés, les économies d'échelle et la bonne comptabilité. La même chose peut-être dite des pharmacies particulières des établissements – quand celles-ci perduraient. Un exemple flagrant en est fourni en juillet 1814, quand des protestations s'élèvent sur la « qualité des drogues », protestations qui – dit-on – semblent moins provenir des matières premières fournies par la pharmacie centrale que des médicaments distribués par les pharmacies particulières. La solution proposée est simple : on rappelle à l'obligation faite aux médecins et chirurgiens en chef de contrôler les médicaments livrés par la pharmacie centrale et au pharmacien en chef de visiter mensuellement les pharmacies particulières des hôpitaux, et on établit par le même mouvement un règlement assujettissant la comptabilité des dites pharmacies particulières à des dispositions uniformes⁷³⁰.

Cette centralisation permit aussi, tout comme pour la boulangerie centrale, de faire de cet établissement le pourvoyeur privilégié des médicaments de la capitale, voire au-delà.

Les bureaux de bienfaisance avaient été dès le départ fortement encouragés à se fournir

⁷²⁹ Parmentier, cité par Mazin-Deslandes & Dauphin 2000, p.57.

⁷³⁰ Arr. CGH 15294 du 3 juillet 1814, AAP 136 FOSS³⁵ F°76.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

auprès de la pharmacie centrale, fournitures qui étaient retenues sur le budget⁷³¹. Les bureaux – tout en continuant à s'approvisionner auprès de pharmaciens libéraux – semblent avoir été plus enclins à recourir aux établissements généraux pour les médicaments que pour le pain⁷³². Les établissements sous la tutelle du CGH ne sont cependant pas les seuls à y recourir. Parce que « les médicaments sont préparés avec soin et économie à la Pharmacie centrale [...] le gouvernement y prend ceux qu'il envoie aux sous-préfets pour être distribués dans les communes rurales. On y prend aussi les remèdes dont on a besoin dans les prisons de Paris »⁷³³. La pharmacie centrale et le CGH, dans la filiation des « boîtes de remèdes » envoyés par le monarque aux intendants à partir de la fin du XVII^e siècle⁷³⁴, restaient un instrument au service des initiatives sanitaires du gouvernement. Ainsi, en septembre 1817, le pharmacien en chef envoie des pintes d'élixir de périlhe, pour le traitement des scrofuleux à Créteil, aux frais et à la demande du préfet⁷³⁵. En 1828, c'est le ministre qui fait envoyer par la pharmacie centrale des médicaments à trois médecins partis enquêter en Sologne sur les causes et les remèdes d'une fièvre endémique⁷³⁶. La part de l'activité de la pharmacie centrale dévolue à des établissements étrangers aux hôpitaux sous l'autorité du CGH est relativement faible : en 1820, année sans crise sanitaire majeure, ce sont seulement 12% des médicaments, ustensiles, etc. qui sont destinés aux bureaux de bienfaisance, prisons, préfectures, ministères divers...⁷³⁷

731 Arr. CGH 629 du 24 germinal an X (14 avril 1802) AAP 136 FOSS² F°330-331 et Arr. CGH 871 du 30 messidor an X (19 juillet 1802), AAP 136 FOSS³ F°79, suite à un arrêté ministériel du 8 vendémiaire an X (30 septembre 1801).

732 AAP 1M5 pp.9-17.

733 Pastoret 1816, p.261

734 Sur les boîtes de remède, voir supra p.13, note 24.

735 Arr. CGH n.d. (fin août-début septembre 1817), AAP 136 FOSS⁴⁸ F°388-393.

736 Arr. CGH du 28 mai 1828, AAP 136 FOSS¹⁰³ F°551.

737 cf. AAP, Bibliothèque Finance cote 15U, p.186.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

Enfin, on terminera cet examen rapide des motifs ayant présidé à la création de services centraux en mentionnant que les mêmes considérations expliquent d'ouverture, en 1816, d'une cave générale, seul service central dont le CGH fut lui-même à l'initiative⁷³⁸. Initialement installée dans des bâtiments rue Neuve Notre-Dame, elle fut transférée en 1848 dans l'entrepôt général des vins, quai Saint-Bernard, où elle resta jusqu'en 1962. Chargée de centraliser la réception des vins (mais aussi bières, vinaigres et huiles) destinés à la consommation des hôpitaux, elle devait également en contrôler la qualité. « L'avantage de l'économie, dont il n'est pas permis de douter, est encore, dans l'administration du vin, surpassée à vos yeux par la certitude que vos malades, que vos administrés, reçoivent une boisson toujours la même, exempte de tout mélange malfaisant »⁷³⁹. Ainsi formulé, le propos pourrait presque s'appliquer tel quel à la pharmacie.

C'est donc par souci d'économie, de bonne gestion, et d'uniformisation des produits et des pratiques – strictement alimentaires ou plus médicaux – que furent mis en place et développés les services centraux. Mais ils sont loin d'être les seuls à éclairer les priorités qui furent celles du CGH.

1.3.1.3 Assurer le bien des pauvres : la remise en ordre financière et disciplinaire

Aux yeux des membres du Conseil, il est patent que l'état de déréliction de l'institution dont ils sont investis et les problèmes qu'ils ont à affronter à leur prise de fonction sont largement confondus dans une même cause : le manque d'ordre. Celui-ci devait être rétabli

738 Le vin représentant le troisième poste de dépense alimentaire. Une boucherie centrale avait été projetée à la même époque, mais elle ne fut établie qu'en 1849.

739 Comptes moraux pour l'année 1818 p.10, AAP bibliothèque finance cote 15U, cité par Husson 1862, p.235.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

tant dans la gestion des personnes que des biens.

Nous reviendrons en détail par la suite sur les moyens et fins poursuivis quant aux premières⁷⁴⁰, comment et pourquoi il tenta de combattre les manques que Desault désignait déjà aux administrateurs d'Ancien Régime : « le défaut d'ordre, tant dans la réception que dans la sortie des malades, et [le] défaut de régime ». Ce que le médecin Desault dénonçait, c'était que l'on reçoive « indistinctement sans prescription et sans visite tous les malades qui se présentent pendant la nuit », dont un grand nombre d'ivrognes avec « quelque égratignure », que l'on conserve dans les salles « une infinité de paresseux et de désœuvrés qui ne sont plus malades et qui s'en vont de leur lit le matin et le soir à l'heure des pansements afin de n'être point aperçus par les chirurgiens qui les feroient renvoyer, et qui y reviennent lors de la distribution des alimens (sic) » que les religieuses gardent par « principe de charité », et enfin « le défaut de régime et de police dans l'intérieur des salles », où les religieuses nourrissent trop les malades, ralentissant leur guérison⁷⁴¹.

Il est ironique de noter que les sœurs hospitalières avec lesquelles Desault fut en conflit ouvert à l'Hôtel-Dieu retrouvèrent odeur de sainteté – à partir du décret de Chaptal du 1er nivôse an IX (22 décembre 1800)⁷⁴² puis du 3 messidor an XII (22 juin 1804)⁷⁴³ – entre autres parce qu'elles étaient un moyen économique de combattre le désordre que le chirurgien dénonçait. On ne revient pas ici sur la place et l'expertise des sœurs face à un personnel laïque en général incompetent, indiscipliné, et souvent vénal, pas plus que sur le fait qu'une partie importante des religieuses n'avait en réalité jamais quitté les établissements⁷⁴⁴. De même, on

740 cf. infra sections 2 et 3.3.

741 Lettre de Desault de 1788 aux administrateurs de l'Hôtel-Dieu, Brièle 1883, p.228

742 Souvent vu comme la renaissance des congrégations, mais qui n'autorise que l'ancienne supérieure des Filles de Charité à former des élèves pour le service des hospices.

743 Décret autorisant les congrégations hospitalières.

744 Sur toutes ces questions, la littérature est abondante. On ne citera que quelques références, en sus de celles proposées en Introduction, p.30 note94 : Imbert 1954, pp.192–202 ; Léonard 1992, pp.33–61.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

avancera avec D. Weiner que le rétablissement du culte catholique par le décret du 15 prairial an X (4 juin 1802) n'avait pas en vue « un retour à l'Ancien Régime, rendre l'orthodoxie catholique une précondition du soin médical, ou restaurer des autels dans tous les services hospitaliers, mais souhaitait indiquer subtilement à la population hospitalisée que les valeurs chrétiennes étaient de retour »⁷⁴⁵. La mesure ressortissait manifestement, dans l'esprit du Conseil, de la même symbolique qui lui fit rétablir la même année les anciens noms des hôpitaux, d'après le nom de leurs fondateurs⁷⁴⁶. Pour preuve, le nombre restreint d'aumôniers qu'elle salariat pour le service des hôpitaux (douze pour l'ensemble des hôpitaux, autant pour les hospices en 1807⁷⁴⁷) et surtout la hiérarchie on ne peut plus stricte établie dans les règlements du service de santé, les sœurs hospitalières se trouvant expressément placées dans la dépendance des médecins et chirurgiens en titre, mais aussi de leurs internes⁷⁴⁸.

Ce qu'il est important de garder à l'esprit, c'est que cet ordre dans le service quotidien auquel aspire Desault pour pouvoir pratiquer la chirurgie, en faveur duquel le Conseil général des Hospices va s'efforcer de prendre de multiples mesures relève pour eux largement de la même catégorie que celui qu'il convient de rétablir dans la gestion et le budget. Les divers règlements sur le service de santé, la pharmacie, les établissements spéciaux, etc. que nous étudierons par la suite participent initialement de la même « mise en ordre » que celle des finances.

745 Weiner 1993, p.145: « The council did not mean to revert to the old regime, make Catholic orthodoxy a precondition for medical care, or restore altars to every ward, but wished subtly to indicate to the patient population that Christian values had returned. » Et Dora Weiner de citer pour preuve que d'après Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.37, note 1, seuls quatre chapelains étaient nommés à l'Hôtel-Dieu. On ajoutera que d'après les états de personnel de janvier 1807, le CGH n'employait que 28 personnes pour le culte de tous ses établissements. Ce qui était assurément peu, vu la population considérée. cf. arr. CGH 4579 bis du 28 janvier 1807, AAP 136 FOSS¹² F°185-186.

746 cf. infra section 1.3.1.4.

747 cf. Arr. CGH 4579bis du 28 janvier 1807, AAP 136 FOSS¹² F°185-186.

748 cf. Annexe VI.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

Celle-ci se traduit par un changement radical dans le mode de gestion des hospices et un effort enfin couronné de succès pour liquider le passif des hôpitaux.

Nous l'avons dit, quand le CGH prend ses fonctions, les hôpitaux sont gérés au régime de l'entreprise : le CGH passe des contrats avec des entreprises privées, selon un système d'adjudication de marché public avec cahier des charges. Cette gestion avait été mise en place par un arrêté du 9 ventôse an VII (27 février 1799), époque où les finances étaient particulièrement fragiles. Personne n'en était visiblement satisfait : les entrepreneurs se plaignaient d'arriérés importants de paiement, les hôpitaux d'un service cher et de mauvaise qualité. On a mentionné plus haut l'avis de Frochot : la seule solution envisageable tant que les budgets ne seraient plus assurés était de réduire le nombre d'entreprises sous contrat à une seule, simplifiant les passations de marché et l'attribution des responsabilités⁷⁴⁹.

En l'an IX, ce n'était pas moins de six fournisseurs différents qui pourvoyaient aux besoins des hôpitaux⁷⁵⁰. Les contrats arrivant à échéance en l'an X, le Conseil se trouva très opposé à ce qu'ils soient renouvelés, et demanda à ce qu'ils passent sous « administration paternelle », autrement dit son contrôle direct⁷⁵¹. Mais « deux causes ont empêché le Conseil de se livrer entièrement à cette vue. La première, le défaut d'une assurance assez complète (sic) des fonds nécessaires à une dépense journalière. La seconde, le défaut d'une expérience suffisante pour se charger de la direction immédiate de tous les hospices »⁷⁵².

749 cf. supra note 207 p.69.

750 Lanzac de Laborie 1908, p.18. Chacun d'entre eux ayant le marché d'un ou plusieurs établissements complets. La compagnie Paffe était en charge de l'Hôtel-Dieu ; la compagnie Prudhomme de Saint-Louis, des Vénériens, de la Charité, de Beaujon, de Saint-Antoine, de Cochin, de Necker et de la Maternité ; la compagnie de la Roue de Bicêtre et de Montrouge ; la compagnie Rivière de la Salpêtrière ; la compagnie Martin-Panckoucke des Incurables Hommes et Femmes et des Petites-Maisons ; la compagnie Veytard des hospices des Élèves de la Patrie, des Orphelins et des Orphelines. cf. Commission Administrative n.d..

751 I.e. il assume la charge des passations de marché pour chaque produit avec des fournisseurs, l'emploi de tous les salariés, le régime de chaque établissement, etc.

752 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.14.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

Un compromis temporaire fut trouvé suite à un rapport de la commission administrative du 12 brumaire an X (3 novembre 1801)⁷⁵³ : les hôpitaux et hospices furent administrés selon trois modes distincts. Bicêtre, Saint-Louis, les Enfants-Malades, la Pitié et les Orphelines restèrent à l'entreprise, le cahier des charges étant moins favorable aux entrepreneurs, et l'adjudication faite pour dix-huit mois seulement. L'Hôtel-Dieu, la Charité, les Incurables (hommes et femmes), les Ménages étaient confiés à une régie intéressée : les régisseurs devaient se plier au cahier des charges et se voyaient fixés un prix de journée, comme à l'entreprise. Si ce prix était dépassé, ils assumaient le déficit ; mais s'il était inférieur, le bénéfice était partagé entre la régie et le CGH⁷⁵⁴. Les autres établissements (Salpêtrière, Maternité, Vénériens, Necker, Beaujon, Cochin, Saint-Antoine, Maisons de Santé et Montrouge) sont au régime paternel.

Ces dispositions avaient valeur d'expérience. Les résultats ne tardèrent pas : « Dans les maisons où le service à l'entreprise a été continué, on forme (excepté dans l'hôpital et les hospices des enfants), à-peu-près les mêmes plaintes qu'autrefois »⁷⁵⁵. Et ceci de part et d'autre des contractants : le service n'est pas satisfaisant, les paiements ne sont pas diligents. Pour la régie intéressée, les difficultés prévisibles quant à l'évaluation du bénéfice réalisé ne manquèrent pas de survenir : à la fin de l'année 1806, le CGH était encore engagé dans les suites d'un procès avec l'entreprise qui en avait la charge, Lavauverte et Compagnie. Celle-ci avait d'abord présenté des comptes bénéficiaires, avant de soumettre une version déficitaire, demandant le remboursement des sommes perçues par le CGH au titre du partage du bénéfice

753 Arr. CGH du 12 brumaire an X, AAP 136 FOSS⁵³⁰ F°530 prescrivant à la commission administrative de faire un rapport sur les hospices qui passeront en entreprise générale et à faire son choix de façon à pouvoir comparer aisément ceux qui seront en emprise et ceux qui n'y sont plus.

754 Art. 10 et 11 de l'arr. CGH 540 du 21 ventôse an X (12 mars 1802), AAP 136 FOSS² F°178-179.

755 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.15.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

d'exploitation⁷⁵⁶.

À la Salpêtrière, l'économie réalisée après le passage à la gestion directe était évaluée à 50%, 40 000F par an à la Maternité⁷⁵⁷. La mesure fut donc généralisée, le ministre accédant à la requête du CGH dans un arrêté du 6 fructidor an XI (28 août 1803)⁷⁵⁸.

Les auteurs ayant écrit sur cet épisode ont surtout mis en avant les économies dégagées et l'amélioration de la qualité de service simultanée. Ainsi Imbert, qui indique qu'entre l'an IX et l'an XI, les dépenses chutèrent de 7 789 000 à 6 090 000 (soit une baisse de 22%)⁷⁵⁹. C'est exact, mais c'est manquer une part importante de l'avantage qu'y voyait le CGH.

Pour lui, c'était aussi la condition d'un exercice réel de ses prérogatives. En effet, d'après les cahiers des charges – aussi bien de l'an VII que sa version de l'an X, plus favorable à l'administration – le CGH n'avait de pouvoir de nomination que sur les membres de la Commission Administrative, les personnels médicaux (médecins, chirurgiens, pharmaciens et élèves) et les personnels d'encadrement (agents de surveillances et économes). Tout le personnel de rang inférieur était à la charge des entrepreneurs⁷⁶⁰. C'était manifestement un inconvénient, puisqu'entre le cahier des charges de l'an VII et de l'an X, certaines catégories d'employés (comme les infirmiers en chef) passèrent de la responsabilité des entrepreneurs à celle de la Commission Administrative, malgré le surcroît de dépense engendré. Ainsi, d'après

756 Arr. CGH 4445 du 31 décembre 1806, AAP 136 FOSS¹ F°1011-1015.

757 cf. Journal des débats, 7 thermidor an X cité par Lanzac de Laborie 1908, p.19 et AN F¹⁵ 1863 respectivement. Dès le 17 prairial an IX (6 juin 1801) un rapport de Thouret et Parmentier estimaient à 150 000F par an et pour le seul Hôtel-Dieu le surcoût lié au régime de l'Entreprise, du fait de l'augmentation du nombre de journées. cf. Arr. CGH 107 bis, AAP 136 FOSS¹ F°170-172.

758 AAP B-6379¹⁴, lequel portait dans son article premier « À dater du I^{er} vendémiaire an XI, tous les services des hospices et hôpitaux de la commune de Paris, ainsi que ceux des Secours à domicile seront faits et soumis au régime paternel. »

759 Imbert 1954, p.245.

760 cf. Anonyme n.d., p.30, chapitre XIII, art. XII, et Anonyme 1801, p.29, chapitre XIV.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

le compte moral rendu par la Commission Administrative en l'an IX, le CGH ne salariait dans les hôpitaux que 294 personnes – tous personnels confondus – et les entreprises 1850⁷⁶¹. D'après l'arrêté du ministre de l'Intérieur du 15 vendémiaire an X (7 octobre 1801, c'est-à-dire à une période où l'ensemble des hôpitaux et hospices étaient au régime de l'entreprise) fixant les bureaux et appointements, le CGH ne devait salarier que 77 personnes pour les fonctions de directions dans les hôpitaux et hospices⁷⁶². En janvier 1807, les états du personnel pointaient 1 365 employés de toutes classes (dont 181 employés d'administration), non compris l'administration centrale, les personnels du service de santé, les 24 employés du culte et les 108 « dames des hospices et instituteurs »⁷⁶³. Il était donc évident qu'avec un nombre de salariés primitivement aussi réduit, le poids des décisions du Conseil et la qualité des informations sur lesquelles elles pouvaient reposer étaient fort faibles, de même que sa capacité d'initiative sur l'organisation des services, l'entretien ou la réparation des bâtiments, le régime alimentaire, etc⁷⁶⁴. Un exemple : en thermidor an IX le CGH demande à sa commission de lui exposer les raisons de la négligence des infirmiers pour leur service, celle-ci répond qu'elles tiennent essentiellement à la modicité de leurs salaires et au retard dans leurs paiements, toutes choses pour lesquelles elle est impuissante : « Que peut l'administration sur des hommes qui ne dépendent point d'elle ? Rien, et ses représentations aux entrepreneurs sont à peu près de nul effet »⁷⁶⁵. Cette limitation des domaines de compétence de l'administration est elle-même source de gaspillage et de dépenses inutiles pour Camus, qui retourne et boucle l'argument :

761 Commission Administrative n.d.

762 cf. AAP B-6379¹¹, en sus des 53 employés des services centraux. Sept « agents et employés » secondés par cinq garçons de bureaux à l'Hôtel-Dieu, six à la Maternité et à Bicêtre (épaulés par deux garçons de bureau), entre deux et trois partout ailleurs, appuyés par deux, un, voire aucun personnel d'exécution.

763 Arr. CGH 4579 bis du 28 janvier 1807, AAP 136 FOSS¹² F°185-186.

764 Un rapport de l'an X indique clairement qu'à la Maternité, une fois l'administration paternelle rétablie, quatre objets ont prévalu : la salubrité (abattage des réduits, séparations dans les salles, percement et réparations de fenêtres, murs grattés au vif, dortoirs et salles blanchis), la nourriture (augmentée), le linge (augmenté), et la suppression progressive des lits doubles. cf. AN F¹⁵ 1863.

765 Arr. CGH du 13 thermidor an IX (1^{er} août 1801), AAP 136 FOSS¹ F°104.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

« La loi étant faite à l'entrepreneur par le cahier des charges, il ne lui est jamais permis de s'en écarter ; de distribuer tels alimens au lieu de tels autres ; on ne souffriroit pas qu'il mît une portion de moins dans la marmite. Cependant, le bien-être des indigens, autant que l'économie, conseilleroient ces changemens en nombre de circonstances. On ne les permet pas, dans la crainte de donner aux entrepreneurs une latitude dangereuse sur l'exécution de leurs engagements. Les mêmes opérations n'éprouvent aucune difficulté dans l'administration paternelle »⁷⁶⁶

Pour le CGH, la fin du régime d'entreprise signifiait donc à la fois une gestion plus efficace et plus économique, mais aussi la pleine possession – ou à tout le moins la maximisation – de ses pouvoirs.

Cependant, comme Frochot l'avait souligné, la fin de la gestion par sous-traitance ne pouvait avoir lieu qu'à condition que les finances du CGH soient assainies et son passif liquidé, fardeau que l'administration hospitalière portait depuis une décennie.

Imbert a déjà exposé la chronologie et les mesures prises par le CGH pour apurer les comptes. On se limitera ici à indiquer que celui-ci s'est attaqué au problème dès sa prise de fonction⁷⁶⁷, en faisant un usage intensif de l'expertise de Delessert, signataire de la plupart des arrêtés se rapportant à cette question. En nivôse an X (décembre 1801) les arriérés sont évalués à un peu moins de 600 000F sur l'exercice de l'an VIII et de près un million et demi de francs sur celui de l'an IX. Ce qui préoccupe doublement le CGH, qui ne sait exactement quelle stratégie adopter pour y faire face tout en sachant qu'« il faut faire connaître la position de l'administration, pour ne pas qu'on l'accuse d'abus »⁷⁶⁸.

766 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.16.

767 Pendant les dix premiers mois de son exercice, plus de 20% de ses arrêtés concerne les paiements aux entrepreneurs ou sa trésorerie. cf. AAP, 136 FOSS¹.

768 Arr. CGH 412 du 1^{er} nivôse an X (22 décembre 1801), AAP 136 FOSS¹ F°663.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

Grâce à l'utilisation d'une partie de ses fonds et de subventions gouvernementales⁷⁶⁹ ainsi qu'à la mise en place de strictes règles comptables⁷⁷⁰, selon Imbert les retards dans le traitement des salaires étaient soldés en nivôse an XI et « l'arriéré était totalement liquidé en l'an XIII »⁷⁷¹. Si le Conseil finit effectivement par triompher du passif, il semblerait que ce n'ait été le cas qu'un peu plus tard, puisqu'en octobre 1807 un rapport sur le budget prévisionnel de 1808 anticipe que l'on pourrait « payer tout ce qui reste dû sur les arriérés anciens » si l'on prévoyait une somme de 400 000 à cette fin⁷⁷². La complexité de la situation comptable poussant même Barbé-Marbois, expert ès finances⁷⁷³, à demander au ministre en 1810 que la reddition des comptes du Conseil bénéficie d'un statut dérogatoire et que ces derniers soient examinés par la Cour des comptes qui « a les compétences et aura le pouvoir de demander au receveur de rendre les comptes dans les formes et les délais prescrits »⁷⁷⁴.

Enfin, on conclura cette section sur la mise en ordre des finances en mentionnant que les efforts du CGH pour apurer ses finances, aussi fructueux qu'ils aient été, ne s'arrêtèrent pas en 1808 : ils furent continus pendant toute la période, comme nous le verrons par la suite.

769 cf. par exemple Arr. CGH 237 du 16 Fructidor an IX (3 septembre 1801), AAP 136 FOSS¹ F°237 attribuant 40 000F versés par le ministère de l'Intérieur au paiement d'arriérés à des entrepreneurs. On notera au passage que le remboursement des fournisseurs des hospices débuta encore plus précocement que Imbert ne le pensait, lui qui le date de la fin de l'an X. cf. Imbert 1954, p.243, note 71.

770 Parfois un peu trop, cf. Arr. CGH 347 du 24 brumaire an X (15 novembre 1801) qui interdit d'user de sommes de l'exercice antérieur pour subvenir aux besoins des indigents inscrits au bureau de charité ... avant de revenir sur sa décision vu la détresse des intéressés dont proteste les bureaux : « Vous ne pourriez vous résoudre à laisser périr de faim et de froid des malheureux qui ont en caisse des fonds qui leur appartiennent. »

771 Imbert 1954, p.243.

772 Rapport CGH du 28 octobre 1807, AAP 136¹⁴ F°265-266.

773 Barbé-Marbois, François (1745-1837), ministre du Trésor de septembre 1801 à janvier 1806, il négocie la vente de la Louisiane en 1803, réorganise les finances publiques. Responsable de la faillite des négociants réunis qui mit à mal la Banque de France en 1806, il est limogé par Napoléon, puis nommé premier président de la Cour des comptes en 1807 et sénateur en 1813. cf. Antonetti 2007b.

774 AN F¹⁵ 1867.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

1.3.1.4 Les symboles : noms et fondations

Le Conseil, au-delà des mesures les plus urgentes ou « techniques », prit également des décisions beaucoup plus symboliques. Les deux plus marquantes – et manifestant ses racines d'Ancien Régime – furent vraisemblablement le rétablissement des anciens noms des établissements et des droits des fondateurs. Le but était identique : le Conseil « a rendu aux hospices les noms de leurs fondateurs ; il a demandé et obtenu le rétablissement des droits des personnes qui, en fondant des lits, en avoient réservé la nomination à leur famille : ce sont des encouragements pour exciter à suivre l'exemple des bienfaiteurs »⁷⁷⁵.

Les noms des différents établissements furent rétablis au printemps 1802 : les hôpitaux de Cochin, Beaujon, Necker notamment retrouvaient les noms de leurs riches et bienfaisants fondateurs⁷⁷⁶.

Mêlant symbolique et financement effectif, le rétablissement des droits des fondateurs fut un sujet plus complexe. Nous reviendrons plus loin sur l'instrumentalisation ambivalente dont il a pu faire l'objet⁷⁷⁷. Nous exposerons ici les motifs de cette décision et les difficultés qu'elle souleva.

La fondation de lit était une pratique charitable répandue dans toute l'Europe, qui consistait à « acheter » un lit dans un établissement charitable. Elle est une forme de donation. Alors que la plupart des donations sont faites sans réserve, celles-ci sont *sub modo*, sous condition. Autrement dit, elles sont accompagnées d'une charge. Les formes en sont aussi variées que l'imagination des donateurs, mais les plus répandues à partir du XVII^e siècle sont la fondation

⁷⁷⁵ Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.3.

⁷⁷⁶ Aulard 1906, pp.23–24.

⁷⁷⁷cf. section 3.3.2.1 p.673.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

de messes ou de lits : « le testateur impose à l'hôpital bénéficiaire de célébrer des messes pour le repos de son âme ou de créer et d'entretenir un ou plusieurs lits, grâce à la somme léguée ou au bien immobilier attribué »⁷⁷⁸, dont il pouvait faire bénéficier qui bon lui semblait. Le fondateur décédé, ce droit pouvait être hérité, la personne l'exerçant étant désignée comme le « nominateur ». C'était naturellement un puissant moyen de patronage, et parfois une source de revenus importante pour l'établissement⁷⁷⁹.

Or, par son arrêté du 19 germinal an III (8 avril 1795) le Comité des Secours de la Convention

« considérant que du moment où la Convention nationale a déclaré nationaux les biens appartenans à des établissemens de bienfaisance, les fondateurs desdits établissemens n'ont pû conserver aucun droit sur les biens dont ils les avoient dotés (sic) ; ni la faculté de désigner les individus qui doivent en jouir à l'avenir. Arrête que dans aucun cas lesdits fondateurs ne peuvent réclamer le prix des fondations qu'ils ont établies en faveur des indigens, ni le droit de présentation aux places qui pourroient vacquer »⁷⁸⁰.

Le rétablissement des divers droits d'Ancien Régime sous le Directoire et le Consulat (octroi, droit sur les spectacles, pour ne mentionner que ceux dont il a été question plus haut) et l'idée explicite que la notabilité du CGH devait encourager la bienfaisance privée suggéraient fortement que l'on réinstaura les fondations. Ce fut fait dès thermidor an IX (août 1801), le CGH prenant un arrêté rétablissant les droits des fondateurs, en particulier pour les Incurables, et demandant à la commission administrative de faire un rapport sur l'état des

⁷⁷⁸ Imbert 1993, p.75.

⁷⁷⁹ Étudié, dans le contexte turinois par Sandra Cavallo : S. Cavallo 1995, pp.140–146. Nous verrons quelques pages plus loin que ce n'est pas parce que les principaux nominateurs devinrent des institutions ou détenteurs de fonctions publiques que le patronage disparut dans la nomination aux lits des hospices. Ainsi, pour Imbert « Conseil général n'admit jamais la moindre passe-droit. Lui-même se montra très impartial dans l'ordre de ses nominations, tenant compte la plupart du temps de la date d'inscription sur la liste des expectants. [Mais] La pratique des recommandations politiques se perpétua pour les places réservées au gouvernement: le Ministre de l'Intérieur en revint même à la pratique de l'Ancien Régime de désigner par avance les futurs bénéficiaires de places non encore vacantes, et il en résulta qu'en 1813, le Ministre était réduit à l'alternative de violer ses engagements ou de ne plus exercer en réalité son droit de nomination. » Imbert 1954, p.254.

⁷⁸⁰ Cité par Imbert 1954, p.80.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

fondations, leurs conditions, produits actuels, les noms ou qualités des fondateurs ou nominateurs, en vue de déterminer les réductions et modifications dont les droits de nomination existants étaient susceptibles de bénéficier⁷⁸¹. Décision qui fut par la suite confirmée par un arrêté du ministre de l'Intérieur du 16 fructidor an XI (3 septembre 1803)⁷⁸².

Si l'arrêté initial accordait une place particulière aux Incurables, c'était qu'ils concentraient la plus grande part des fondations de lits (comme d'ailleurs le département des incurables de l'hôpital San Giovanni de Turin, dans l'étude précédemment citée de S. Cavallo). Et c'est précisément une décision concernant les Incurables-Femmes qui en expose plus clairement les ressorts :

« Les motifs de décision sont aisés à apercevoir. 1° L'administration qui nomme à tout (soit que ce soit le ministre, la Commission, les Bureaux de Bienfaisance, etc.) exerce ses droits dans toute leur plénitude, on ne lui ôte rien. 2° Ce n'est certainement pas par le fait des fondateurs ou de leurs ayants-causes que les biens sont réduits. C'est par le fait de l'administration publique. 3° Les fondateurs sont depuis longtemps privés de l'exercice de leur droit. 4° Tout ce qui peut exciter à la bienfaisance doit être saisi avec empressement. »⁷⁸³

C'était faire justice à moindre coût et encourager les dons privés. Cependant, comme le souligne D. Weiner, pour être réduits, les inconvénients n'étaient pas nuls, et en province « les commissions administratives ne s'y résolurent pas : elles souhaitaient conserver leur liberté d'action »⁷⁸⁴.

Et, de fait, il restait à trouver une solution à deux problèmes : la dépréciation des fondations⁷⁸⁵, et la distribution des droits de nomination.

781 Arr. CGH 210 du 22 thermidor an IX (10 août 1801), AAP 136 FOSS¹ F°318.

782 cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.612.

783 Arr. CGH 855 du 20 messidor an X (29 juin 1802), AAP 136 FOSS³ F°57-58.

784 Weiner 1993, p.146: « In the provinces, the local hospital councils resisted the move: they wished to retain their freedom of action. »

785 Difficulté à laquelle le point 2° de la citation précédente faisait référence.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

Le premier n'était pas original : « les fondations de messes opérées au XVI^e siècle ont parfois posé quelques problèmes, en raison notamment de la dévaluation des revenus tirés du legs originaire ; la solution était alors fort simple : on diminue le nombre de messes imposées pour le défunt »⁷⁸⁶. C'est exactement ce qui se produisit pour les lits. Par une série d'arrêtés, le CGH décida qu'il en coûterait 10 000F ou une rente annuelle de 500F (400F aux Incurables) pour pouvoir fonder un lit. Certaines fondations étant anciennes, le nominateur ne pouvait recouvrer son droit qu'à condition de verser la différence à la caisse des hospices. Plusieurs dispositions conciliantes étaient prévues. Plusieurs fondations pouvaient être cumulées pour atteindre la somme demandée, ou, si le fondateur ou ses héritiers n'étaient pas en fonds, le versement d'un complément assurant un revenu annuel de 250F pouvait donner le bénéfice à un droit de nomination pour une vacance sur deux. Enfin, en cas de fondations multiples dont une partie avait été faite au bénéfice de corps, états, fonctions, etc. qui faisaient à présent partie du domaine public, celles-ci ne pouvaient plus être exercées⁷⁸⁷, mais elles étaient frappées en premier de dépréciation⁷⁸⁸. Autrement dit les mesures prises représentaient un compromis entre la volonté de susciter de nouvelles fondations et celle de ne pas s'aliéner la disposition des moyens hospitaliers.

Le second problème se posait à plusieurs niveaux. D'abord, il fallut dresser la liste des fondateurs existants, les retrouver, leur signifier leurs droits ou le complément de revenu qu'ils devaient verser pour pouvoir l'exercer, avant de prononcer une éventuelle déchéance⁷⁸⁹. La série F¹⁵ des archives nationales contient quelques une de ces longues listes, qui furent

786 Imbert 1993, p.75.

787 Le CGH et les autres nominateurs publics (ministère, bureaux de bienfaisance, etc.) les représentant désormais.

788 cf. entre autres arr. CGH 855 du 20 messidor an X (29 juin 1802), AAP 136 FOSS³ F°57-58, arr. CGH 1433 du 7 floréal an XI (27 avril 1803), AAP 136 FOSS⁴ F°394.

789 Un arrêté consulaire du 28 fructidor an X (15 septembre 1802) faisant obligation aux fondateurs de présenter « sous trois mois, à compter de la publication du présent arrêté, les titres de leurs fondations aux commissions administratives. » AN AD XIV 7.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

établies « par ordre de simplicité » : les fondateurs dont les titres étaient le moins sujet à incertitude étaient notifiés en premier. Recherches faites, on établit que 199 lits appartenait à des héritiers de fondateurs aux Incurables⁷⁹⁰.

Deuxièmement, il fallut trouver un moyen d'insérer ces nouveaux nominateurs dans le jeu déjà complexe des listes d'indigents attendant de se voir attribuer une place dans un hospice par les diverses institutions publiques : ministre, CGH, bureaux de charité, etc. nommaient tour à tour aux places vacantes, s'opposant régulièrement sur le nombre de places à leur disposition⁷⁹¹. On nous excusera de rentrer ici quelque peu dans les précisions des dispositions prises, mais ce sont justement ces détails qui suggèrent les changements et les dimensions qui nous sont d'intérêt. Deux éléments sont à souligner dans notre perspective. D'abord, la procédure suivie pour établir les droits. Le premier arrêté concernant les Incurables prescrit qu'il sera fait un tableau des lits fondés, des noms des fondateurs ou de leurs ayant-causes, des biens donnés et de l'état de leur produit. À chacun des ayant-droits on enverra un avis indiquant qu'ils sont réintégrés de plein exercice de leur droit ou le complément à fournir (art.

790 Arr. CGH 855 du 20 messidor an X (29 juin 1802), AAP 136 FOSS³ F°57-58.

791 Il ne nous est pas loisible de rentrer ici dans le détail du fonctionnement des nominations aux hospices, qui dépasse notre cadre. Imbert 1954, pp.253–254 résume bien la situation : « Après de multiples hésitations, un compromis entre les *desiderata* du Conseil général des Hospices et ceux du Ministre de l'Intérieur fut adopté le 22 frimaire an XII : dans l'ensemble des hospices de Paris (Salpêtrière, Bicêtre, Ménages, Incurables, Orphelins, Orphelines), le droit de nomination aux places vacantes serait attribué à différentes autorités administratives, selon une proportion mathématique assez inattendue, dont l'apparente (!) simplicité ne tarda pas à créer de multiples protestations chez les « expectants ». Sur vingt-cinq places vacantes, quatre étaient « à la nomination du gouvernement », deux à celle des préfets, deux au Conseil général, deux à la Commission administrative, deux au membre du conseil chargé de la surveillance de l'hospice, et une au membre de la commission administrative qui lui était adjoint ; douze enfin étaient attribuées aux « comités de bienfaisance ». Cette répartition dressée le 22 frimaire an XII fut complétée le 3 pluviôse an XIII : une place fut réservée à la nomination du gouverneur de Paris, deux supplémentaires au Conseil général, et un arrêté de la même date reconnaît à l'archevêque de Paris un droit de présentation pour un lit. Un nouveau plan, prévu en 1809, devait réserver des places à la nomination de Madame Mère : il ne semble pas qu'il ait jamais vu le jour. Outre ces règles qui formaient la base du système, il fallait tenir compte du droit de présentation des fondateurs qui fut rétabli à Paris, le 16 fructidor an XI, par un arrêté gouvernemental. » Imbert 1954, pp.253–254. cf. également Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, pp.612–624 pour le détail des dispositions. La phrase finale de Imbert n'est pas simple mention *pro forma* : le 2 juillet 1814, Desportes, membre de la Commission Administrative chargé des hospices, écrit au ministre que le nombre de lits auxquels il peut nommer dans les 2 hospices d'Incurables est inférieur à ce qu'il croit, essentiellement parce que « la plupart des places des deux établissements appartiennent à des fondateurs. » AN F¹⁵ 1873.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

4) ; que l'on numérotera les lits de 1 à 199⁷⁹², les personnes qui les occupent continueront à en jouir et que ce n'est qu'en cas de vacance que les nominateurs exerceront leurs droits (art. 5) ; et enfin que le tableau des lits fondés sera affiché dans l'hospice (art. 7)⁷⁹³. C'est donc pour établir les lits sur lesquels les nominateurs ont des droits, et pour déterminer à quel moment ils peuvent les exercer que la numérotation est prescrite. Un autre arrêté, pris postérieurement à celui du gouvernement de fructidor an XI et visant à harmoniser la procédure avec le contenu de ce dernier, est encore plus clair à cet égard, son article 6 imposant qu'il soit tenu un registre pour l'exercice des droits de présentation comportant une première colonne avec le nom du fondateur et la date de fondation, une seconde avec le nom du présentateur et la date de l'arrêté du CGH le reconnaissant, et une troisième avec le numéro du lit assigné et l'occupant du lit⁷⁹⁴. Initiative qui fut de nouveau encouragée, pour les mêmes raisons, presque une décennie plus tard par Frochot⁷⁹⁵. La numérotation des lits, moyen simple et efficace de s'assurer que la bonne personne reçoit ce qui lui est dû, se trouvait aussi promue pour des raisons non-médicales : savoir quand un nominateur privé pouvait exercer son droit. Nous y reviendrons⁷⁹⁶.

De ce point de vue, une autre mesure, moins complexe, mais probablement plus puissante, mérite attention. Si nous avons surtout mentionné les Incurables jusqu'ici, c'est qu'ils concentraient la plupart des fondations de lits. Or celles-ci n'étaient, sous l'Ancien Régime, aucunement réservées à cet établissement. Et alors que les arrêtés initiaux du CGH portaient

792 Soit le nombre de lits dont la nomination a été reconnue appartenir à des héritiers de fondateurs.

793 cf. arr. CGH 855 du 20 messidor an X (29 juin 1802), AAP 136 FOSS³ F°57-58. L'article 6 précisant que les nominateurs ne pourront nommer que des personnes « ayant les qualités requises » par les règlements, les nommés devant se conformer aux règlements intérieurs.

794 Arr. CGH 1887 et 1887 bis du 24 brumaire an XII (16 novembre 1803), AAP 136 FOSS⁵ F°627-631.

795 cf. infra p.682.

796 cf. infra section 3.3.2.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

sur le rétablissement des lits fondés aux Incurables, l'arrêté gouvernemental du 16 fructidor an XI les réinstituait dans tous les hôpitaux et hospices de Paris. Le CGH décida donc, en l'an XII, de limiter le nombre d'établissements sur lesquels les fondations pourraient être exercées. C'était simplifier un exercice assez complexe et mêlant une multitude d'acteurs comme on l'a vu ; c'était aussi réserver les hôpitaux aux malades : les fondations de lits dans les établissements devenus hôpitaux furent transférées par l'arrêté du 18 pluviôse an XII aux Incurables⁷⁹⁷. Dans les institutions que l'on souhaitait réserver aux malades aigus, il ne pouvait subsister de lits qui auraient été occupés *ad vitam* pour des raisons étrangères à toute considération médicale. Moyen supplémentaire de poursuivre la mutation des fonctions hospitalières.

Quelles qu'aient été les difficultés posées par le rétablissement des fondations, et les conceptions sous-tendant les solutions adoptées, la mesure était avant tout symbolique. Certes, en 1820, sur les plus de 900 lits des Incurables, 257 étaient fondés. Mais parmi ceux-ci, 60 étaient à la nomination des bureaux de charité⁷⁹⁸ et 48 restaient encore à charge de fournir un complément de rente. Seules 14 nouvelles fondations de lits avaient été faites depuis 1802⁷⁹⁹. La charité d'Ancien Régime – sous cette forme au moins – avait bel et bien disparu...

797 Arr. CGH 2056 du 18 pluviôse an XII (8 février 1804), AAP 136 FOSS⁶ F°162-163 portant que les droits s'exerçant sur les hôpitaux seront appliqués aux Incurables. Ceux sur les Petites-Maisons aux Ménages, et ceux pour les orphelins et orphelines aux Orphelins et Orphelines. Le droit de présentation ne pourra excéder 5 lits par fondation(s).

798 Héritiers des droits des paroisses de Paris, à raison de cinq par comité, par l'arr. CGH 1965 du 29 frimaire an XII (21 décembre 1803), AAP 136 FOSS⁵ F°777.

799 Cf. AAP Bibliothèque finance cote 15U, compte moral pour 1820, p.131.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

1.3.1.5 « Combattre les abus » : limitation des admissions

On a fait apparaître jusqu'ici la volonté du CGH de rétablir son autorité et la régularité dans son administration à travers quelques mesures emblématiques. Ce serait présenter une image déformée que de ne pas rappeler brièvement que cette « mise en ordre » n'était pas que réorganisation des ressources. Ce furent aussi des tentatives drastiques pour limiter le volume des récipiendaires de ses services, purement et simplement.

La classification des populations prises en charge par le CGH – sur laquelle on reviendra plus loin⁸⁰⁰ – doit être appréhendée dans la perspective plus large de la pression de l'institution pour que baisse toute la population bénéficiaire de ses secours. La situation n'avait rien d'original, les difficultés étaient les mêmes que celles qu'avait affronté l'Hôtel-Dieu un demi-siècle plus tôt : l'impuissance « devant cet afflux toujours renouvelé »⁸⁰¹ de blessés, malades chroniques, vieillards et miséreux sans logement. Les établissements les plus susceptibles de voir leur activité limitée étaient les secours à domicile et les hospices. Les variations des prérequis pour pouvoir s'inscrire sur les listes d'indigent (et devenir donc admissible dans les hospices ou aux aides des bureaux de bienfaisance) ont été étudiées en détail par C. Duprat⁸⁰² et dépassent largement le cadre de notre travail, aussi nous n'y reviendrons pas. On se contentera de rappeler que selon ses analyses, la philanthropie du premier XIX^e siècle accuse une tendance malthusienne marquée : la proportion d'indigents assistés tombe de 20% de la population parisienne en 1810 à 6% en 1838. L'assistance par le travail suit la même tendance : en 1808 l'Empire prévoyait un dépôt de mendicité par département. Sur cent trente départements, trente-sept seulement remplissent cette obligation en 1814. Effort de courte

800 cf. infra section 2.

801 Fosseyeux 1912, p.314.

802 cf. Duprat 1997, pp.10–88.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

durée puisque de 1818 à 1840, tous – à l'exception de trois – seront fermés⁸⁰³.

De même, on ne présentera pas le détail des nombreuses mesures prises par le CGH, le préfet et le ministre pour limiter les admissions aux hospices, notamment les deux plus grands, Bicêtre et la Salpêtrière : un arrêté contraignant est pris dès nivôse an X⁸⁰⁴. Des modifications allant dans le même sens sont portées en mars 1810 pour lutter contre l'excédent de population dans ces deux hospices, que l'on chiffre à 1 600 personnes⁸⁰⁵. Une commission est nommée en 1811⁸⁰⁶ et un rapport commandé sur les mêmes questions en 1831⁸⁰⁷. Enfin, quand Cochin⁸⁰⁸, membre du CGH, publie son *Rapport fait au conseil général des hospices sur le mode d'admission aux hôpitaux et aux hospices civils*⁸⁰⁹, l'admission dans les hôpitaux n'occupe que les cinq premières pages. Les trente suivantes sont consacrées, une fois de plus, aux réformes nécessaires à l'admission dans les hospices. Et ce ne sont là que quelques exemples de ce qui fut l'objet de constantes préoccupations pour le Conseil. Face à une capacité d'accueil stable et insuffisante pour répondre à la demande d'une population croissante (le nombre de lits dans les hospices, après s'être légèrement accru de 1800 à 1810, reste constant autour de 10 000⁸¹⁰) le CGH choisit de privilégier l'admission des plus âgés et des plus infirmes⁸¹¹. Et dans la compétition avec le ministre et les bureaux de bienfaisance pour les trop rares places à attribuer, il s'accorda la part du lion en se réservant le droit de

803 Duprat 1997, pp.7 & sq.

804 Arr. CGH 437 du 16 nivôse an X (6 janvier 1802), AAP 136 FOSS² F°27-28, qui établit le nombre de lits par établissement vu « la nécessité de réduire d'un million la dépense des hospices ».

805 Arr. CGH du 7 mars 1810, AN F¹⁵ 1919.

806 Arr. CGH 10794 du 3 juillet 1811, AAP 136 FOSS²⁵ F°338 chargeant Mourgue, Richard d'Aubigny, Camet de la Bonardière, Delessert et Desportes de diminuer la population de Bicêtre et de la Salpêtrière et d'établir des règles fixes pour les admissions dans ces mêmes hospices.

807 Arr. CGH 57312 du 22 juin 1831, AAP 136 FOSS¹¹⁵ F°741.

808 Jean-Marie-Denis Cochin (1789-1841), fils de Jean-Denis Cochin, fondateur de l'hôpital. Il fut membre du CGH de 1830 à 1841.

809 Cochin n.d. Cote AAP. Le rapport n'est pas daté, mais il est postérieur à 1832.

810 cf. AAP série 1M.

811 Arr. CGH 11437 du 8 janvier 1812, AAP 136 FOSS²⁷ F°4-5.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

prononcer des « admissions par voie d'urgence », en particulier des octogénaires et aveugles, dans le but d'en vider les hôpitaux⁸¹².

On souhaite cependant examiner avec quelques détails deux mesures particulières qui devaient concourir à la limitation des admissions et donc à l'économie des ressources.

1.3.1.5.1 Pensions représentatives

La première de ces deux mesures mérite mention particulière en ce qu'elle rend manifeste l'intérêt de l'évaluation du différentiel de prix de journée sur lequel nous reviendrons en détail par la suite⁸¹³.

Le système des pensions représentatives d'admission avait pour but de réduire le nombre de pensionnaires des hospices. Il fut mis en place par le CGH en application d'un arrêté ministériel du 18 vendémiaire an X (10 octobre 1801)⁸¹⁴. Le principe en était simple : une personne admise dans un hospice pouvait y séjourner ou percevoir une pension si elle acceptait d'aller vivre chez des proches. Sa place restait alors vacante, et elle conservait un droit de retour dans l'hospice jusqu'à son décès⁸¹⁵. Le CGH incita également aux départs volontaires, mais ceux-ci étaient différents : la somme versée l'était pour solde de tout compte, et les places libérées avaient vocation à être de nouveau occupées⁸¹⁶.

812 cf. arrêté CGH du 23 décembre 1818, cité par Cochin n.d., p.11.

813 cf. infra section 2.1.3.2.

814 Borsa & C.-R. Michel 1985, p.47

815 Arr. CGH du 26 nivôse an X (16 janvier 1802), AAP 136 FOSS².

816 Ce fut le cas par exemple en messidor an X (juillet 1802) quand le Conseil porta son attention sur deux cents jeunes filles de 20 à 35 ans résidant « oisivement » à la Salpêtrière. On négocia, elles étaient prêtes à partir en échange de draps, chemises, et 30F. Le Conseil arrêta que toute personne de moins de 60 ans qui souhaiterait partir de la Salpêtrière pour ne plus y revenir se ferait payer 150F, et devrait présenter à l'agent de surveillance ses moyens de subsistance. Mesure d'économie, puisque « Les lits de ces personnes ne pourront être usurpés [?] qu'après l'année révolue de leur départ de la Salpêtrière ». cf. arr. CGH 830 du 13 messidor an X (2 juillet 1802), AAP 136 FOSS² F°12-13.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

Le montant de la pension différait selon l'établissement auquel on avait été admis : 120F annuels pour Bicêtre et la Salpêtrière, 150F au Préau des Ménages et jusqu'à 180F aux Incurables, et aux dortoirs des Ménages⁸¹⁷.

Ces sommes n'avaient pas été décidées au hasard : elles correspondaient quasiment à l'ordre des établissements considérés sous le rapport du prix de journée. En l'an XIII, un pensionnaire coûtait entre 0,9 et 1F à la Salpêtrière et à Bicêtre, 0,84F au Préau des Ménages, 1,4F aux Incurables et 1,43F aux dortoirs des Ménages⁸¹⁸. Ce qui implique qu'une personne acceptant la pension représentative à Bicêtre en l'an XIII autorisait une économie annuelle de 260F pour l'administration⁸¹⁹. Si le prix de la pension représentative n'est pas identique au Préau des ménages à celle versée à Bicêtre et la Salpêtrière, c'est vraisemblablement parce qu'il était possible de s'y faire admettre en payant. Le surplus de pension pouvait être compensé par une admission payante.

L'intérêt économique de la pension représentative est confirmé par une décision ultérieure. Le risque était que les indigents se fassent admettre dans les hospices dans le seul but de la percevoir, alors qu'ils auraient eu des moyens de subsistance par ailleurs. Des peines sévères avaient été initialement prévues pour tout mendiant bénéficiant d'une telle pension⁸²⁰. Cela ne suffit évidemment pas à éviter les abus. En 1806, le Conseil prend un arrêté conditionnant à un séjour d'un an minimum dans les hospices le droit à la pension représentative, pour lutter

817 Arr. CGH du 26 nivôse an X (16 janvier 1802), AAP 136 FOSS², art. 4. Ces montants restèrent d'ailleurs inchangés jusqu'en 1824 au moins, cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.671. Le terme de « Petites-Maisons » dans l'arrêté correspondant à l'ancienne dénomination des Ménages. Dans le « Préau » les pensionnaires couchaient à plusieurs par salle, et seuls ou en couples dans les « dortoirs ».

818 cf. AAP 1M1.

819 Le prix de journée à Bicêtre était de 1.04F cette année, soit 379,6F/an. S'acquitter de l'aide qui lui était due pour 120F représentait donc une économie de 259,6F. L'économie, pour la même année, était de 340F pour une pensionnaire des Incurables femmes (dont le prix de journée était de 1,42F).

820 Ils devaient être exclus des listes d'indigence. Ce fut le cas d'un certain Demay, admis à Bicêtre en 1817, qui bénéficie de la pension représentative de 120F. Il est parvenu au Conseil des informations indiquant qu'il touche 450F de revenus par ailleurs. En conséquence, il est rayé de la liste des indigents, et on lui demande de rembourser ce qu'il a touché. Arr. CGH 22764 du 10 décembre 1817, AAP 136 FOSS⁴⁹ F° 516-517.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

contre les individus sollicitant leur admission dans le seul but de percevoir cette pension. Barbier-Neuville, chef du bureau au ministère de l'Intérieur, transmet l'arrêté soumis par le CGH en indiquant dans son rapport y être opposé. Il avance deux raisons. Premièrement, pour être admis dans un hospice, il faut être en possession d'un certificat d'indigence. L'abus ne provient donc pas de la pension elle-même, mais du laxisme avec lequel les bureaux de bienfaisance accordent ces certificats. Deuxièmement, d'après lui, les bénéficiaires de la pension représentative sont comptés comme admis, et donc ne représentent pas de surcoût pour l'administration. Subséquemment, il n'y a pas de raison de contraindre les indigents à rester un an dans l'hospice avant de pouvoir en faire la demande⁸²¹. Évidemment, Barbier-Neuville n'a pas perçu que si la pension représente une admission, l'administration ne reverse pas au pensionné la totalité du coût qu'elle représente...

La mise en place de la pension représentative reflète certainement les conceptions anti-hospitalières du temps, l'idée que l'assisté et le malade ne peuvent être mieux soulagés que dans leur milieu familial, parmi leurs proches, et non isolés dans ces lieux de contagion et de perte que sont les hôpitaux et les hospices. Des conceptions humanistes, en somme, que Borsa exprime laconiquement au sujet des dites pensions : « le programme des pouvoirs publics en la matière est simple : tout sauf l'hospitalisation »⁸²². Mais elle reflète également les priorités d'une administration qui tente par tous les moyens de limiter les dépenses d'un budget cruellement insuffisant.

821 Arr. CGH 3622 du 21 mai 1806, et rapport de Barbier-Neuville AN F¹⁵ 1917. Le Ministre donnera raison au CGH, indiquant en marge que « le moyen proposé par la commission [lui] paraît donner plus de certitudes » que les places sont occupées par de vrais indigents, et qu'elle ne devrait pas avoir d'inconvénient. La durée minimum de séjour dans les hospices avant de pouvoir prétendre à la pension représentative fut même portée à trois ans en 1821. cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.671.

822 Borsa & C.-R. Michel 1985, p.47.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

1.3.1.5.2 Traitements externes

Autre exemple de mesure pointant les priorités du Conseil entre assistance médicale et bonne gestion : les traitements externes. D'après J. Imbert « Avant la Révolution, les chefs de service donnaient parfois des consultations aux malades du dehors : cette pratique était tombée en désuétude pendant la Révolution. Le service de “traitement externe” reparût dès 1802 ; il est régulièrement rétabli et défini avec précision à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1817 »⁸²³ et étendu à tous les hôpitaux en 1825.

On ne reviendra pas ici en détail sur l'histoire des consultations faites par les médecins et chirurgiens parallèlement à leur pratique hospitalière ou privée. On sait que les membres du Collège de Chirurgie offraient régulièrement ce genre de secours⁸²⁴, tout comme certains docteurs-régents de la Faculté de Médecine. On se bornera ici à souligner que ces traitements, d'initiative médicale, furent encouragés par l'administration pour des raisons d'économie.

Les traitements externes des hôpitaux furent établis en premier lieu aux Vénériens et à Saint-Louis. Aux Vénériens, où il exerçait, c'est Cullerier qui semble en être l'instigateur à partir de 1794⁸²⁵. Revêtus de quelque forme de reconnaissance administrative en l'an VIII (1799-1800) par Duchanoy, alors membre de la commission administrative des hôpitaux, le CGH profita de l'établissement de la maison de santé des vénériens pour les transformer en « traitement externe » officiel et leur fournir une salle dédiée⁸²⁶. Quand Cullerier relate la création du traitement externe, c'est spontanément qu'il expose leur frugalité : « Dans l'espace

823 Imbert 1979, p.85.

824 Sur ce point et plus généralement l'administration de l'urgence à Paris, cf. Rabier 2008, pp.169–177.

825 Le département des vénériens avait quitté Bicêtre en 1792 pour le couvent des capucins du faubourg Saint-Jacques, qui allait devenir l'hôpital des Vénériens puis hôpital du Midi. cf. Quézel 1984, p.553.

826 cf. Pastoret 1816, p.84.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

de seize mois, j'ai traité 159 malades, et je n'ai dépensé pour cela qu'environ 300 liv. »⁸²⁷. C'est même le seul intérêt qu'il met en avant dans son propos, très bref il est vrai.

Dans son premier rapport, la Commission Administrative invoque clairement les avantages attendus des traitements externes de Saint-Louis, établis sur le modèle des Vénériens :

« la Commission administrative guidée par le double motif et de la moralité et de l'économie, pour ôter tout prétexte à l'oisiveté, d'une part, et à la trop grande dépense de l'autre, a arrêté, lorsque ces infirmités n'attaquent pas le malade au point de lui interdire le travail et l'usage des alimens, d'établir un traitement externe : dès les premiers symptômes des maladies qui s'y traitent, le pauvre peut se présenter ; les conseils et les remèdes lui sont administrés : cette précaution épargne souvent au malheureux des souffrances pour toute sa vie, et à l'établissement toutes les dépenses que son séjour indéfini y occasionneroit. Quel empêchement y auroit-il à ce que ce système de consultation et de traitement gratuits s'établisse à l'entrée de chaque hôpital, dans un local uniquement consacré à cet objet ? »⁸²⁸

Le bénéfice anticipé est triple : un soin rapide pour le malade, des économies pour l'administration, et l'assurance que « la classe indigente » peut « vaquer néanmoins à son travail, et se soustraire à l'empyrisme des charlatans, si multipliés dans cette ville ».

Le rapport du bureau central d'admission en l'an XI pointe lui aussi l'intérêt du dispositif pour les « individus affectés de maladies légères, à ceux sur-tout qui n'avoient besoin que de quelques pansemens. » Dans cette perspective, les traitements externes apparaissent comme l'expédient de secours à domicile qui tardent à se mettre en place : ils ont vocation à traiter des malades et non à aider des miséreux, atteints de pathologies relativement identifiées, peu graves ou peu développées, et pour lesquelles un traitement existe. Une sorte de moyen terme qui aurait pu contrer l'abus d'admissions dénoncé par Camus, et résultant d'après lui du manque de personnels dans les bureaux de bienfaisance :

827 Cullerier 1802, p.62, note 1. liv. est l'abréviation de livre. La parité était de une livre tournois pour un franc.

828 Commission Administrative n.d., p.27

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

« Le refus d'admettre dans les hôpitaux des individus qui n'auroient besoin que de légers secours, faciles à leur administrer dans leur domicile, supposoit l'établissement de sœurs ou infirmières, attachées aux bureaux de bienfaisance des arrondissemens, pour donner ces secours. L'établissement des sœurs n'étant pas encore effectué dans tous les arrondissemens, on est contraint d'envoyer aux hospices des personnes qui ne devroient pas y entrer. »⁸²⁹

Or, comme nous l'avons vu, le CGH n'accorda jamais la priorité aux secours à domicile, renforçant ainsi l'utilité de traitements externes.

Les débuts furent difficiles. En 1802, le traitement externe des Vénériens est, selon les médecins du bureau central d'admission « devenu presque nul, les malades ayant refusé de s'y rendre sous divers prétextes : de sorte que depuis plus de quinze mois, il n'existe à notre connoissance, de traitement externe régulier, que celui de l'hôpital Saint-Louis. »⁸³⁰

Mais face à ses avantages et à la faiblesse des secours à domicile, le dispositif fut progressivement généralisé. Alors que le Règlement pour les hospices de malades de 1802, qui instituait également le Bureau Central d'Admission, prévoyait qu'il ne soit « établi, auprès du bureau central de réception, aucun traitement suivi pour des malades externes. Il ne s'y fait aucune distribution de médicamens ni de secours chirurgicaux, excepté celle des bandages pour les hernies ; laquelle est réglée d'après une instruction particulière, et l'administration, dans des cas urgens, de quelques médicamens ou secours du moment, pour faciliter le renvoi des malades aux bureaux de bienfaisance »⁸³¹, il fut décidé en 1806 que s'ouvrirait, dès le premier janvier 1807, un traitement externe pour la teigne au bureau central, puis aux Enfants Malades dans le courant de l'année. Le traitement devait en être confié à un intervenant extérieur – en l'espèce les frères Mahon – et il est révélateur que les fonds provisionnés pour les rétribuer (six francs par guérison) dussent être pris... précisément sur le budget des

829 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, pp.29–30.

830 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, pp.24–25.

831 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a, art. IX.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

secours à domicile⁸³². L'arrêté, au départ pris pour un an, donna satisfaction puisqu'il fut prolongé en 1809⁸³³, et étendu en 1814 : un traitement externe de la gale fut alors confirmé à Saint-Louis et mis en place aux Enfants-Malades et au Bureau Central⁸³⁴. À partir de cette date, le CGH envisage clairement de généraliser la pratique : le compte moral de 1815 présente comme souhaitable la construction ou l'extension d'un service de traitement externe à Saint-Louis, la Charité, Saint-Antoine, Necker et Cochin. Il faudra attendre dix ans pour que le Conseil traduise en actes la diffusion du traitement ambulatoire à l'ensemble de ses établissements.

Enfin, dernier aspect, c'est à la présence d'un traitement externe et à la spécificité des pathologies qu'ils traitent que les Vénériens et Saint-Louis doivent une certaine autonomie dans leurs admissions. On ne sait exactement ce qu'il advint du traitement externe des Vénériens entre les critiques faites à son endroit par les membres du Bureau Central en l'an XI et 1808. Mais en mai 1808, le Conseil profite de l'établissement de la maison de santé des Vénériens (établissement payant jouxtant l'hôpital) pour établir plus solidement ce traitement externe en décentralisant dans l'établissement tout le processus d'admission. Auparavant, les malades devaient se présenter au Bureau central (parvis Notre-Dame), se faire délivrer un bulletin d'admission à l'hôpital ou au traitement externe, et s'y rendre. Dès lors, les malades entrants devaient être examinés directement aux Vénériens par le chirurgien⁸³⁵, qui décidait de l'hospitalisation ou de soins ambulatoires⁸³⁶. Ce fonctionnement est étendu à Saint-Louis en

832 Arr. CGH 4431 du 31 décembre 1806, AAP A2780-V.

833 Arr CGH 7611 du 19 avril 1809, AAP A2780-VI.

834 Arr. CGH 14910 du 27 avril 1814, AAP A2780-VIII. Le Bureau Central d'Admission dévolut une part croissante de ses activités à prodiguer des soins directement : Après le traitement de la teigne mis en place tous les mardis et samedis, ce furent des bandages contre certificat d'indigence les lundis et vendredis, puis des vaccinations gratuites les jeudis et dimanches à 11h. En 1848, s'y tenaient des consultations gratuites pour les maladies des yeux et des voies urinaires et des difformités de la taille. cf. Boule 1986, chap.III.

835 Et des membres du Bureau Central s'y rendant théoriquement tous les jours.

836 Arr. CGH 6270 du 4 mai 1808, AAP 136 FOSS¹⁶ F°10-11.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

1816⁸³⁷, le préfet reprenant exactement dans son rapport au ministre les arguments de la commission administrative dans son premier compte moral⁸³⁸ : « si [la mesure] est bonne et bien exécutée son effet naturel sera d'opérer une réduction considérable sur le nombre des malades admis au traitement interne à St Louis »⁸³⁹. Ce fut le cas. Deux ans plus tard, le CGH prenait un autre arrêté pérennisant le traitement externe à Saint-Louis et y réduisant le nombre de lits de 950 à 800, sur la base d'un rapport présentant les succès des soins ambulatoires⁸⁴⁰. On y trouve à la fois l'idée que ces derniers peuvent suppléer à certaines tâches des bureaux de charité (depuis le 23 août 1814 le CGH a prescrit que les 8 000 bains qu'ils donnent aux indigents soient pris à Saint-Louis), et des informations sur la popularité de ces traitements. Ainsi, en 1817, 14 174 personnes furent reçues à Saint-Louis, bénéficiant de 173 201 bains (simples, sulfureux ou alcalins) et fumigations (sulfureuses, aromatiques ou mercurielles) pour une dépense chiffrée à 30 000F (soit 17 centimes par traitement), dont on ne manque pas de souligner la modicité⁸⁴¹. La durée de séjour, elle, augmente considérablement entre 1816 et 1817. Ceci pourrait être analysé comme l'expression de l'efficacité du mode unifié de réception des malades et du traitement externe, qui capterait les cas les plus bénins pour réserver les soins hospitaliers à ceux qui en auraient le plus besoin. Tout au contraire, ils trouvent « Cette différence, tout à fait au désavantage du service de 1817 », signe de l'importance cardinale accordée à la baisse de la durée de séjour, sur laquelle nous reviendrons⁸⁴².

837 Arr. CGH 19098 du 8 mai 1816, AAP 136 FOSS⁴² F° 287-288.

838 Cité p.237.

839 Rapport du 13 juillet 1816, AN F¹⁵ 1926.

840 Arr. CGH 23123 du 28 janvier 1818, AN F¹⁵ 1926.

841 En 1819, les chiffres sont aussi impressionnants, et l'attention tout autant attirée sur les économies réalisées : 18070 malades traités, 130000 bains donnés. « l'établissement de ce traitement externe, extrêmement favorable aux malades de la ville, est par lui-même d'une faible dépense pour l'Administration, et il prévient le séjour dispendieux à l'Hôpital, de malades qui devraient y être admis s'ils n'étaient pas ainsi traités ; il réunit donc tous les avantages. » AAP Bibliothèque Finance cote 15U, compte moral pour 1819, p.23.

842 cf. infra section 2.3.1.

1.3.1 Un impératif de bonne gestion

La même année, le CGH avalise le rétablissement des consultations externes à l'Hôtel-Dieu, à l'initiative des médecins de l'hôpital eux-mêmes, et les félicite de leur zèle et des « bons effets qui doivent résulter de ces consultations gratuites, dont le but tend, tout à la fois à servir les infortunés et à diminuer le mouvement des hôpitaux »⁸⁴³. Ce n'est pourtant qu'en 1825 que « des consultations gratuites et traitements externes seront établis dans tous les hôpitaux où ils n'existent pas encore, et dans les hospices où les localités le permettent », donnés par des médecins et chirurgiens (les élèves ne pouvaient formellement s'en charger, même si la pratique semble avoir été répandue) tous les jours si possible, après la visite du matin⁸⁴⁴.

843 Arr. CGH 22051 du 20 août 1817, AAP 136 FOSS⁴⁸ F°330.

844 Arr. CGH 43257 du 14 décembre 1825, AAP 136 FOSS⁹⁶ F°252-253.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

1.3.2.1 Reprise de thèmes médico-administratifs anciens

On a vu que le CGH avait *de facto* fait le choix des hôpitaux contre les secours à domicile. Au-delà, il est frappant de constater que l'on retrouve la vision de l'hôpital promue par les réformateurs médicaux de la fin du XVIII^e siècle dans nombre des principales réalisations portées au crédit du CGH : c'est le cas des consultations externes dont on vient de traiter⁸⁴⁵, mais la liste est loin de s'y restreindre. Ceci apparaît clairement à l'examen de quatre ouvrages : le *Mémoire sur les hôpitaux de Paris* de Jacques Tenon⁸⁴⁶ ; le *Nouveau plan de constitution pour la médecine en France* de la Société Royale de Médecine⁸⁴⁷ ; et deux écrits de Duchanoy, à savoir son *Mémoire sur l'utilité d'une École Clinique en Médecine* et un *Projet d'une nouvelle organisation des hôpitaux*⁸⁴⁸. Les deux premiers de par leur influence et la renommée de Tenon et Vicq d'Azyr, les deux seconds parce que leur auteur fut membre de la commission administrative de 1799 à 1826. On n'entrera pas ici dans les détails des mesures et des conceptions, traités dans les pages qui suivent ou dans d'autres ouvrages. On rappelle ici simplement que le CGH développa des mesures en accord avec les aspirations des médecins dans l'aménagement et l'entretien des hôpitaux, bien que ceux-ci ne soient que marginalement membres de l'institution, et que leur présence fut limitée au sein des établissements.

845 Tenon 1788, p.230,355.

846 Tenon 1788 sur lequel on pourra consulter entre autres Ermakoff 2005 ; Greenbaum 1971 ; Greenbaum 1975.

847 Anonyme 1790, plan dont, selon Hannaway 1992, p.155, « la paternité a été débattue. Le plus souvent elle a été simplement attribuée à Félix Vicq d'Azyr et sa contribution fut évidemment majeure ». (« Its authorship has been debated. Most frequently it has simply been attributed to Félix Vicq d'Azyr and his contribution was obviously major ») « Il était alors le secrétaire perpétuel de la Société Royale de Médecine au nom de laquelle le *Nouveau plan* fut présenté à l'Assemblée Nationale. Pour autant, l'écrit emprunte à de nombreuses sources (notamment Chaussier pour la médecine légale et Chambon de Montaux pour l'enseignement clinique », ce qui fait dire à Hannaway que c'est un « travail composite ». Sur le *Nouveau plan*, outre Hannaway 1992, on pourra consulter Brockliss 1989, pp.107–110 ; Weiner 1970.

848 Duchanoy & Jumelin 1778 ; Duchanoy 1814.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

L'exemple le plus flagrant, sur lequel nous ne reviendrons pas⁸⁴⁹, est naturellement le développement rapide et marquant des cours cliniques dans les hôpitaux parisiens, avec la bienveillance du CGH⁸⁵⁰. Il correspond aux aspirations déjà formulées par Jumelin et Duchanoy en 1778 et largement développées par Vicq d'Azyr⁸⁵¹ et tant d'autres sur la dimension pédagogique de la clinique hospitalière. Dans la même perspective, la création de l'internat vient ainsi répondre à la critique des premiers sur la qualité des enseignements cliniques et le manque d'encadrement : « On peut raisonnablement regarder les jeunes Médecins, après leurs études, comme un Corps de jeunes Soldats, qui, abandonnés à eux-mêmes & sans Chefs, ravagent les Provinces d'une Patrie qu'ils doivent protéger & secourir »⁸⁵².

Surtout, les articles du Règlement du service de santé⁸⁵³ consacrés aux fonctions des internes rappellent fortement les vues de Vicq d'Azyr. Outre la sélection des élèves attachés aux hôpitaux qui devaient être nommés annuellement par les « juges des examens »⁸⁵⁴, qui suggère la sélection par concours de l'Internat, on ne peut que remarquer la proximité entre les

849 cf. supra p.38.

850 Sur les cliniques hospitalières, cf. Wiriot 1970 qui expose à plusieurs reprises la sollicitude du CGH (qui pris parfois des mesures restrictives pour limiter les troubles faits au service et aux malades), notamment p.158 : « Jamais le développement des cliniques de spécialité ne fut entravé par le Conseil ; quant à celles de médecine ou de chirurgie générale, Piorry, Bally, Rostan, Lisfranc, Gerdy et combien d'autres témoignent que l'Administration était tolérante à cet égard. ». Ratier ouvrant quasiment son article consacré aux cliniques médicales de la Faculté de Médecine et des hôpitaux civils de Paris sur le soutien de l'administration : « Empressée d'accroître et de soutenir tout ce qui tend à l'avancement de la science, l'administration des hôpitaux favorisa la formation des cliniques dans tous les établissements soumis à sa surveillance, et l'on peut dire avec vérité qu'il n'est pas maintenant, dans tous les hôpitaux de Paris, une seule salle qui ne soit le siège d'une clinique plus ou moins suivie. » Ratier 1827a, pp.321–322.

851 Notamment pp. 87-101, lesquelles sont inspirées – d'après Gelfand 1977 cité par Hannaway 1992, p.156 – des conceptions Chambon de Montaux.

852 Duchanoy & Jumelin 1778, p.479.

853 cf. Annexe VI.

854 Et dont les fonctions « seront 1°. De surveiller les Salles, d'avoir soin que les ordonnances s'exécutent, & de tenir les Feuilles de visite et Registres d'observation. 2°. De pratiquer les opérations chirurgicales auxiliaires. 3°. De préparer les remèdes sous la direction de l'Apothicaire en chef. 4° & 5°. De faire les Observations & les Recherches Anatomiques & Chimiques qui auront été recommandées par le Médecin ou le Chirurgien de l'Hôpital. » Anonyme 1790, p.78.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

prescriptions établies pour les visites par le CGH et la description du déroulement des visites et de la place qu'y tiennent les feuilles de visite et des registres d'observations contenues dans le *Nouveau plan*. La tenue de feuilles de visites contenant numéro du lit, date d'entrée, désignation de la maladie, observations quotidiennes sur l'état du malade, médicaments administrés, opérations pratiquées, régime alimentaire, ainsi que la lecture, à haute voix, de ladite feuille par un élève durant la visite, avant que le médecin ne questionne le malade et ne dicte les observations et remèdes, anticipent clairement une bonne partie des prérogatives dévolues aux internes, et dont l'administration sut tirer parti, comme on le verra⁸⁵⁵. La seule différence notable tient aux relevés météorologiques, que le médecin devait effectuer et corréler aux observations cliniques dans la mesure du possible pour Vicq d'Azyr – dans la droite ligne des constitutions médicales établies par le père Cotte et la Société Royale de Médecine⁸⁵⁶ – opération qui ne fait pas partie des devoirs des médecins et élèves hospitaliers.

Les traitements externes, dont nous avons vu qu'ils avaient été institués en grande partie par souci d'économie⁸⁵⁷, avaient aussi été voulus pour leur dimension pédagogique. Duchanoy avait proposé en 1778 qu'ils soient mis en place dans les hôpitaux, avec distribution gratuite de médicaments, sur une base hebdomadaire, non pas prioritairement pour limiter les admissions dans les établissements, mais pour former les étudiants « dans la partie la plus difficile & la plus épineuse de la Médecine, dans une ville sur-tout où il y a des maladies de tant d'espèces, où les complications sont si multipliées & si communes. »⁸⁵⁸

855 cf. infra section 3.1.2.

856 Dont les données ont été étudiées, dans le cadre de l'histoire des climats, par Le Roy Ladurie & Desaiave 1972.

857 cf. supra section 1.3.1.5.2.

858 Duchanoy & Jumelin 1778, p.481, note 2.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

D'autre part, on l'a dit⁸⁵⁹, on a fait crédit au CGH d'une amélioration générale des conditions de vie hospitalière : rénovation des bâtiments, réfection des salles, suppression des lits multiples, etc⁸⁶⁰. Pour D. Weiner, « les conseillers entreprirent ainsi d'extensives réparations et rénovations architecturales, acquirent du mobilier neuf, fournirent une nourriture de meilleure qualité, et prêtèrent plus attention à l'hygiène et à l'ordre »⁸⁶¹. On traitera dans les pages qui suivent⁸⁶² avec plus de détails des lits, et des vues de Tenon en la matière. On rappellera ici quelques réalisations du CGH qui contribuèrent à faire des hôpitaux les « machines à guérir » que le chirurgien appelait de ses vœux.

Il est évident qu'au-delà de l'inévitable entretien du foncier, l'attention portée à la réfection des « croisées » et à l'établissement de promenoirs, au carrelage des salles ou à la mise en place de latrines⁸⁶³ traduisent les préoccupations hygiénistes et aéristes défendues par nombre de personnels médicaux de la période. Pour Tenon « la nature des maladies règle aussi les dimensions des salles » :

« puisque l'homme, avec une maladie véhémente & dans un état de violente inflammation, respire plus fréquemment que l'homme sain, celui-ci, que l'homme débile, ou convalescent, il suit que le premier consomme plus d'air vital que le second, le second que le troisième ; il suit encore, que le premier appauvrit plus promptement l'air des salles,

859 cf. supra p.9 et Wiriot 1970, chap.2.

860 Sans mentionner, largement au-delà de nos bornes chronologiques, l'hôpital Lariboisière, inauguré en 1848 mais dont la construction fut décidée en 1839 (cf. Barillé 2007, p.42), et reproduisant « dans son ensemble le plan général publié dans les Mémoires de l'Académie » (dixit Husson 1862, p.347), lequel reprenait celui de Tenon et de son hôpital idéal de la Roquette, inspiré de l'architecture pavillonnaire des hôpitaux militaires anglais et de celui de Rochefort. Sur l'architecture hospitalière de la période, on pourra consulter Cheminade 1993 ; Laget 2007 ; Sainte Fare Garnot, Martel, Musée d'Orsay, et al. 1988. Le modèle pavillonnaire ne doit pas être compris uniquement dans la dimension prophylactique anti-épidémique : il fit des émules également chez les aliénistes, cf. Laget 2004.

861 Weiner 1993, p.167.

862 cf. infra section 3.3.2.

863 cf. notamment les comptes-moraux, AAP 1M et 2M, où les travaux liés au carrelage des salles et leur bonne aération sont indiqués comme réalisés ou souhaitables quasiment tous les ans pour quasiment tous les établissements. Idem sur l'importance des promenoirs, et arr. CGH 2064 du 18 pluviôse an XII (8 février 1804), AAP 136 FOSS⁶ F°175.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

que le second, celui-ci que le dernier ; par conséquent il faut des salles plus amples aux fébricitants, aux personnes animées par de grandes inflammations, moins grandes aux convalescents dont le pouls est débile. »⁸⁶⁴

Des mesures proposées en 1755 par Boissier de Sauvage sur le volume d'air par malade, à Tenon, puis aux travaux réalisés par le CGH jusqu'à Husson⁸⁶⁵, la veine aériste se développe sans grande surprise. La même chose peut être dite du carrelage des salles pour faciliter leur nettoyage⁸⁶⁶, de la grande attention à l'adduction d'eau⁸⁶⁷, de l'obligation théorique de donner un bain à tous les malades entrants « à qui cela ne pourra faire de mal » et non pas seulement à ceux atteints de maladies cutanées⁸⁶⁸, faisant des hôpitaux et de leurs pensionnaires un des groupes « confrontés aux normes élaborées à l'intention de la bourgeoisie », « laboratoires » des pratiques sanitaires prônées par les classes sociales fortunées, réalisant les recommandations de Lavoisier et anticipant de deux décennies celles de Villermé pour les prisonniers et leurs ablutions quotidiennes⁸⁶⁹.

La réorganisation des espaces voulue par le CGH à l'intérieur des établissements n'avait pas pour objet exclusif la prophylaxie et les salles de malades⁸⁷⁰. Elle toucha probablement encore plus – par souci d'économie et d'efficacité – les autres « départements »⁸⁷¹, comme ce fut le cas par exemple avec les translations des cuisines de l'Hôtel-Dieu ou Saint-Antoine, de

864 Tenon 1788, p.188.

865 cf. Husson 1862, pp.51–66.

866 cf. Tenon 1788, p.436.

867 cf. par ex. Arr. CGH 798 du 6 messidor an X (25 juin 1802), AAP 136 FOSS² F°570 ; 1444 du 14 floréal an XI (4 mai 1803), AAP 136 FOSS⁴ F°412-413 ; 4410 du 24 décembre 1806, AN F¹⁵ 1865, etc. Sur l'eau et ses usages sanitaires, voir Goubert & Le Roy Ladurie 1986, en particulier pp.123-143 pour les hôpitaux.

868 cf. arr. CGH 1722 du 4^e jour complémentaire an XI (21 septembre 1803), AAP 136 FOSS⁵, lequel fut pris suite à une « conférence avec les officiers de santé ». La pratique était là-encore déjà soutenue par Tenon, entre autre, cf. Tenon 1788, pp.441–443. Sur les bains, on pourra voir également Husson 1862, pp.100–104.

869 cf. Corbin 2008 [1982], p.163,265.

870 cf. infra p.302, en particulier note 1049.

871 i.e. les services non-médicaux comme la buanderie, cuisine, etc.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

la cuisine, la buanderie et la pharmacie de Saint-Louis, etc.⁸⁷² ou encore l'installation de nouveaux cuisines et fourneaux à la Pitié sur le modèle de ceux de Rumford⁸⁷³. Autant de réagencements fonctionnels apparemment éloignés de toute visée médicale qui semblent pourtant traduire en actes la « distribution » de l'hospice type voulue par... Tenon, distribution qui sous sa plume « correspond à la mise en forme de six principes généraux : la séparation des malades, l'aération, la facilité de la surveillance, la proximité des « emplois », l'économie dans le fonctionnement, et la sécurité contre l'incendie »⁸⁷⁴.

Autres améliorations visiblement dictées par les conceptions des réformateurs médicaux : l'aménagement de locaux distincts pour les opérations chirurgicales et les efforts de construction et rénovation des amphithéâtres des hôpitaux, qu'ils soient consacrés aux dissections ou aux reprises cliniques.

On ne reprendra pas ici en détail la question des nécropsies et de leurs lieux, déjà traitée avec minutie par bien d'autres⁸⁷⁵. Rappelons simplement que dès le 9 prairial an IX (29 mai 1801), à la demande de l'agent de surveillance et du chirurgien en chef de l'établissement, le CGH étudie la possibilité de construire un amphithéâtre à la Charité, pour les opérations et les démonstrations⁸⁷⁶. Construction qui fut initialement ajournée « à un tems plus favorable » par le préfet, avant d'être effectivement construite⁸⁷⁷. L'effort se poursuit, puisqu'en l'an XI, l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu est agrandi et celui des Vénériens construit⁸⁷⁸. Les

872 Pastoret 1816, pp.14, 41, 69–70.

873 cf. arr. CGH 610 du 14 germinal an X (4 avril 1802), AAP 136 FOSS² F°293.

874 Ermakoff 2005, p.76 ; Tenon 1788, pp.349,359–360.

875 cf. en particulier, dans le cadre précis du CGH D'Arcet & Parent-Duchâtelet 1831 ; Imbault-Huart 1975, pp.230–237. Dans un contexte plus général et une perspective comparative voir Richardson 1987.

876 cf. arr. CGH 95 du 9 prairial an IX, AAP 136 FOSS¹ F°145-146.

877 cf. Jourdan 1837, p.59.

878 cf. Arr. CGH 1066 du 23 vendémiaire an XI (15 octobre 1802) AAP 136 FOSS³ F°410 et arr. CGH 1591 du premier thermidor an XI (20 juillet 1803), AAP 136 FOSS⁵ F°65.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

constructions, agrandissements et rénovations se feront régulières par la suite⁸⁷⁹, en particulier à la Pitié après le monopole hospitalier sur les dissections, suite à décision préfectorale de 1813, et jusqu'à la construction décidée en 1832 de locaux centralisés pour les manipulations anatomiques sur l'ancien site du cimetière de Clamart⁸⁸⁰.

Mais l'objectif n'était pas uniquement pédagogique. La construction de l'amphithéâtre de la Charité, où les médecins et chirurgiens (Corvisart notamment) pouvaient également reprendre les cas les plus intéressants après la visite, avait aussi pour but de séparer les salles d'opération des salles de malades et convalescents. L'usage était jusqu'alors, bien souvent, de pratiquer les actes chirurgicaux dans les salles mêmes. Tenon en avait exposé les inconvénients, et proposait l'établissement de trois salles distinctes : « une pour préparer les malades, l'autre pour faire les opérations ; la troisième pour retirer les personnes qui auront été opérées »⁸⁸¹. Effectivement, la décision du Conseil arrêtant les travaux à faire, sous la direction de Clavareau, architecte des hospices, présente clairement le double motif en exposant que les officiers de santé en chef de l'hôpital demandent depuis longtemps qu'une salle d'opération pour l'instruction des externes, et parce que les grandes opérations étant de plus en plus fréquentes, elles « ne peuvent se faire dans les salles sans répandre l'alarme dans l'esprit des malades et particulièrement des blessés, dont plusieurs attendent et craignent le même sort »⁸⁸². L'architecte insiste lui aussi sur la nécessité double du réaménagement :

« Jusques-là on avait toujours opéré les malades dans leurs lits mêmes ; j'ai dit à l'article Hôtel-Dieu, combien le voisinage de la salle d'opérations et le spectacle affligeant des malheureux qui y conduisait, étaient pénibles pour les malades dont il fatiguait l'imagination⁸⁸³.

879 cf. comptes moraux pour 1816, 1818, 1820, AAP bibliothèque finance cote 15U.

880 cf. arr. CGH 60374 du 13 juin 1832, AAP 136 FOSS¹²⁰ F°194-195.

881 Tenon 1788, p.228

882 Arr. CGH 95 précédemment cité, note 876..

883 Clavareau fait référence aux pp.73 & sq. où il explique que si une salle pour opérer les blessés a bien été construite, elle donne sur la rue de Bucherie, en rive droite. Les femmes devant subir une opération doivent traverser le pont Saint-Charles enjambant la Seine où se trouve une salle d'hommes, lesquels sont « témoins d'un spectacle affligeant ; leurs oreilles sont frappées, leur cœur est déchiré par les cris qu'arrachent à ces

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

Combien n'étaient pas plus graves les inconvénients résultant, à la Charité, du spectacle de l'opération même ? [...] Ces opérations faites dans les salles, avaient encore un autre inconvénient majeur. Les réflexions du professeur pour l'enseignement des élèves qui le suivaient, l'avidité curieuse de ceux-ci, qui se pressaient les uns sur les autres pour ne perdre aucun des détails de la démonstration, devenaient pour les malades qui étaient dans les lits voisins, une nouvelle source d'inquiétude et d'embarras. [...] Pénétrée de ces considérations, l'administration me donna l'ordre de choisir un local propre à former un amphithéâtre capable de contenir deux cents élèves, et disposé de telle manière qu'à l'aide d'un lit fait exprès, on pût y transporter les blessés de plain-pied ; que les élèves y arrivassent par un escalier séparé ; enfin que ni le bruit de ceux-ci, ni les cris des opérés ne pussent en aucune manière troubler le repos des autres salles. »⁸⁸⁴

Le sort fait aux malheureux opérés ne fut pas pour autant optimal partout : alors que Clavareau s'en plaint en 1805, il est toujours des moins enviables en 1827 sous la plume de Mardochee Marx, élève de Dupuytren :

« la pièce dans laquelle les malades se réunissent, en attendant le moment de la consultation, précède immédiatement l'amphithéâtre des leçons, et l'environne de telle sorte que rien ne s'y dit, ne s'y fait, que les malades du dehors n'en soient instruits, aussi bien que s'ils étaient dans l'intérieur et sur les bancs de l'amphithéâtre. Aucun malade ne peut y être opéré qu'il ne soit obligé de passer, soit en entrant, soit en sortant, à travers la foule curieuse des étrangers qui emplissent cette espèce d'antichambre. Aucune plainte, aucun cri de douleur ne peuvent être proférés qu'ils ne soient entendus, recueillis et commentés par cette foule. »⁸⁸⁵

Enfin, et peu être de façon moins évidente mais plus fondamentale, ce que le CGH partage avec Tenon, Vicq d'Azyr – mais aussi Cabanis, Condorcet, Dupont de Nemours ou Chambon de Montaux⁸⁸⁶ – c'est une réflexion sur l'hôpital et son rôle à l'échelle urbaine. Tenon comme Vicq d'Azyr et nombre de leurs contemporains favorisent les structures plus petites, de

infortunés la crainte ou la souffrance. »

884 Clavareau 1805, pp.99–100.

885 Marx 1827, p.103, qui poursuit en indiquant que les effluves des cadavres stationnant un peu trop longtemps dans ladite antichambre allait parfois incommoder l'odorat des malades alités à proximité ...

886 Pour ne citer que les plus célèbres : Cabanis 1790 ; Tzonis 1977 ; Dupont de Nemours 1786 ; Chambon de Montaux 1787.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

quelques dizaines voire centaines de lits. L'idéal, pour Vicq d'Azyr, se situant entre cinquante et soixante lits⁸⁸⁷, alors que Tenon donne la préférence non pas à la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, mais à son éclatement en structures plus petites, totalisant un peu plus de cinq mille lits.

On s'attardera ici quelque peu à présenter son projet⁸⁸⁸, parce qu'il resta une référence pendant toute la période considérée ici (Husson, directeur de l'AP le citera encore extensivement plus de soixante-dix ans plus tard⁸⁸⁹), et parce qu'à l'étude, il apparaît que le CGH mit en place, d'une manière ou d'une autre, nombre de recommandations contenues dans les mémoires.

Six établissements devaient remplacer l'Hôtel-Dieu, partiellement incendié en 1772. Deux avaient vocation centralisatrice : une Maison, à la Rapée, concentrerait les approvisionnements et les départements généraux, préfigurant la boulangerie, la pharmacie et la cave centrales susmentionnées⁸⁹⁰. Un hospice au centre de Paris (celui de la Cité) serait aménagé pour les personnes secourues la nuit ou les blessés urgents. S'y trouverait le bureau d'administration générale de toutes les maisons de l'Hôtel-Dieu, une salle de secours pour les consultations et les soins légers, et on y centraliserait chaque jour les lits vacants dans les différentes maisons de l'Hôtel-Dieu. Difficile de ne pas y voir l'esquisse du futur Bureau Central d'Admission⁸⁹¹.

Les quatre autres hôpitaux, plus grands, seraient situés à la circonférence de Paris, chacun avec une destination particulière, jointe à un service de médecine ou chirurgie générale.

La première de ces maisons serait située à la Roquette et destinée aux femmes enceintes en

887 Anonyme 1790, p.76.

888 Présenté synthétiquement dans Tenon 1788, pp.354–358.

889 cf. Husson 1862.

890 cf. supra section 1.3.1.2.

891 cf. infra section 2.2.1.1.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

vertu de son terrain sec, vaste et bien ouvert, en un mot salubre, et d'un emplacement suffisamment proche de la ville pour que les femmes puissent s'y rendre aisément et non loin des Enfants-Trouvés, si elles devaient abandonner leur progéniture. Cet hôpital déversant ses eaux en amont de Paris, les contagieux ne devaient pas y être admis. La seconde maison, à Sainte-Anne, serait affectée aux « fous curables » et aux fiévreux blessés et convalescents. Ses locaux seraient divisés en deux ailes (une pour les « fous », une autre pour les blessés), disposant de corps de logis commun. Là encore, point de contagieux, parce les eaux s'écoulent, via la Bièvre, dans la Seine en amont de Paris. Troisième établissement, l'hôpital Saint-Louis pourrait quant à lui accueillir scorbutiques⁸⁹², scrofuleux et cancéreux, ainsi que les malades en temps d'épidémie, car son égout communique avec l'égout Turgot, lequel rejoint la Seine en aval de Paris. Enfin, quatrième et dernier établissement, l'école militaire. « *Ses eaux coulent par des égouts couverts à la rivière. Ces considérations nous y feraient placer les contagieux, la petite vérole naturelle, la rougeole, la gale, les fièvres malignes et de prison, les dysenteries contagieuses, les hydrophobes* »⁸⁹³.

Par opposition à leur « distribution » – leur agencement intérieur tel qu'exposé plus haut – la répartition des hôpitaux dans l'espace urbain et leur destination, c'est ce que Tenon appelle la « formation » des hôpitaux. Les principes y présidant sont clairement exposés :

« ne point multiplier les bâtiments et les frais de gestion ; de placer les secours à portée de l'homme qui en a besoin ; [...] classer tellement les malades, que chacun trouve ce qui convient à son état, sans aggraver, par son voisinage, le mal d'autrui, sans répandre la contagion, soit dans l'hôpital même, soit au dehors et surtout dans la Capitale : car enfin, si la ville doit aux pauvres des Hôpitaux, il ne faut pas qu'à leur tour ces Hôpitaux nuisent à la Ville, en préjudiciant à la santé de ses habitants. »⁸⁹⁴

Très clairement, la formation de l'hôpital idéal est guidée par des préoccupations de

892 Le scorbut était alors considéré contagieux.

893 Tenon 1788, p.358.

894 Tenon 1788, p.354.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

salubrité publique hygiéniste. Le critère de choix déterminant pour la localisation d'un hôpital est la présence en son sein de malades contagieux et sa position relativement à une « ligne de partage des eaux » artificielle définie par la ville, son fleuve, ses affluents, ses égouts : les eaux souillées par les contagieux ne peuvent être déversées dans la Seine en amont de la capitale, signe que le « mouvement » du fleuve ne saurait tout purifier⁸⁹⁵. Si les contagieux sont exclus, l'emplacement est beaucoup plus indifférent et l'on peut faire entrer en jeu les dimensions thérapeutiques de la salubrité du lieu : exposition aux vents, sécheresse du terrain, ..., comme pour La Roquette. Cette volonté de concordance entre l'hôpital et son environnement (que ce soit pour des motifs de protection publique ou plus thérapeutiques), d'éloignement de la ville sans en être coupé pour maintenir sa mission d'assistance... font bel et bien de l'hôpital un bâtiment public, un équipement qui doit s'insérer dans un tissu urbain maîtrisé. Il devient un instrument politique.

Si cette dimension est très marquée chez Tenon, on pourrait en atténuer la portée en l'attribuant au fait qu'il s'intéresse précisément au futur d'un hôpital, dans une ville donnée, Paris. Tel n'est pas le cas du *Nouveau plan*, taillé pour répondre aux besoins du pays tout entier. Pourtant, il prévoit déjà des dispositions particulières pour les « grandes villes ». Dans celles-ci, qui « reçoivent une foule d'étrangers de toutes les classes, les Hospices⁸⁹⁶ établis sur l'état primitif de la population, ne seront pas suffisants. Il y aura des Hôpitaux. Les plus grands Hôpitaux ne pourront être de plus de six cents lits, tant pour les maladies internes que

895 Sur les évacuations des eaux usées, les vertus hygiéniques du « mouvement » et les « salubres échanges » qui se nouent entre air et eau, cf. entre autres Corbin 2008 [1982], pp.144–149

896 Vicq d'Azyr reprend ici – comme Tenon d'ailleurs, qui parle pour l'établissement de la Cité « d'hospice », plus petit que les quatre « hôpitaux » qu'il projette – un vocable d'Ancien Régime pour lequel les hospices sont de petits hôpitaux de paroisse, les hôpitaux de grands établissements ouverts à tous les malades et à toutes les maladies. Sur la distinction hôpitaux/hospices, voir infra p.289. Vicq d'Azyr les dit « établis sur l'état primitif de la population », parce que dans son idée le cas général est de petits hôpitaux de cinquante à soixante lits, servant une zone plus ou moins étendue en fonction de la densité de population.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

pour les maladies chirurgicales »⁸⁹⁷. De fait, l'essentiel du chapitre du *Nouveau plan* consacré à l'organisation des hôpitaux est dédié à leurs divisions selon les populations qu'ils doivent prendre en charge, puis les séparations internes à établir entre les services.

Selon le *Nouveau plan*, « les hôpitaux sont destinés à fournir aux malades pauvres les secours nécessaires à leur rétablissement, & qu'ils ne pourroient se procurer chez eux »⁸⁹⁸ et doivent être distingués entre hôpitaux « ordinaires » et hôpitaux particuliers « pour les enfans et pour les vieillards infirmes. » Les premiers doivent être divisés en différents « services », dont le nombre et le détail doivent être ultimement laissés à l'appréciation du médecin selon le temps et le lieu. Néanmoins, les principales partitions sont suggérées⁸⁹⁹ : le sexe reste le critère premier, les services d'hommes et de femmes ne doivent être confondus. Chaque sexe est ensuite réparti selon qu'il est atteint de maladies internes (médicales) ou chirurgicales. Enfin, les premières sont ventilées en six divisions : maladies contagieuses/non-contagieuses, aiguës/chroniques, rares, maladies vénériennes, maladies des artisans⁹⁰⁰, des femmes en couche ; les secondes en cinq : blessures (telles que fractures et luxations), autres maladies nécessitant des soins chirurgicaux (amputations, fistules, etc.), plaies infectées (pour lutter contre la « pourriture d'hôpital », vraisemblablement), et enfin, séparées, une salle pour les opérations et accouchements et une salle « post-opératoire ». En outre, quel que soit le type de maladie, chaque hôpital devrait disposer d'une salle pour les convalescents.

897 Anonyme 1790, p.76.

898 Anonyme 1790, p.75

899 Anonyme 1790, pp.81–85.

900 On reconnaît là l'intérêt de Vicq d'Azyr pour cette question, lui qui fit traduire en 1777 par Fourcroy (cf. Richet 2005, p.203) le *Traité de Ramazzini sur les maladies des artisans*, « ouvrage de référence [...] paru en 1700 à Modène » selon Moriceau 2009, p.13 dont l'« analyse des maladies des artisans a posé les bases de la notion de maladie professionnelle ». Arlette Farge a bien montré, dans cette attention de la Société Royale de Médecine aux maladies des artisans, la multiplicité des intentions et des registres, entre « apparition d'une sensibilité nouvelle [et] nécessaire "intérêt à" » (Farge 1977, p.993), une médecine qui s'assigna également pour but de « rendre paisible la cité, rendre supportable le travail » (Farge 1977, p.1004) afin de trouver sa place dans l'ordre social et économique.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

Les hôpitaux pour enfants jouent à la fois de critères d'âge (des salles sont réservées aux plus jeunes) et pathologiques, reprenant le modèle posé pour les hôpitaux ordinaires : sont distinguées quatre autres divisions, selon que les malades sont contagieux ou non-contagieux, aigus ou chroniques, chirurgicaux ou des nouveau-nés atteints du mal vénérien.

Les hôpitaux de vieillards, quant à eux, sont scindés selon trois critères : le sexe, la présence « d'infirmités habituelles » ou de « maladies accidentelles », ou de maladies chirurgicales.

On le voit, entre Tenon et Vicq d'Azyr, les conceptions sont largement concordantes, mais les priorités ne sont pas tout à fait identiques. Pour le premier, héritier tout à la fois d'une longue tradition de ségrégation et de quarantaine, et de considération hygiéniques plus récentes, la « formation » des hôpitaux est d'abord déterminée par la présence ou non de contagieux. Pour le second, tous les hôpitaux ont vocation à les accueillir, mais dans des « divisions » séparées. Le déterminant premier est ailleurs, dans le type de population et non de pathologie : enfants, adultes, infirmes. Il est tout à fait remarquable que ce soit précisément cette division des établissements (enfants/malades/infirmes) que le CGH va mettre en place pour des raisons gestionnaires autant que thérapeutiques – comme nous l'étudierons dans la section suivante – et qu'il prît des mesures, plus ou moins suivies d'effet, pour séparer plus distinctement les différentes pathologies à l'intérieur de ses établissements⁹⁰¹.

On pourrait penser que si le CGH réorganisa les hôpitaux de la capitale avec des plans reprenant tant d'éléments proposés par Tenon et Vicq d'Azyr – et, à travers eux, nombre de réformateurs de la fin du XVIII^e siècle – que soit le petit établissement central chargé de la

901 cf. infra pp.302 & sq. (en particulier note 1050) et p.428.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

coordination des secours qui deviendra le Bureau Central d'Admission ou le regroupement de l'approvisionnement voulu par Tenon, la distinction des hôpitaux et des hospices selon leurs populations, la mise en place de salles d'opérations isolées, jusqu'au nombre prévu de médecins par malade⁹⁰², c'est qu'il se trouvait en son sein des médecins pour porter les réformes souhaitées par leurs pairs. Or, nous l'avons vu, la présence médicale au sein du Conseil est extrêmement réduite⁹⁰³. En dernier recours, on pourrait l'attribuer à Claude-François Duchanoy (1742-1827) : docteur-régent de la faculté de Médecine, membre de la commission administrative des hospices civils de Paris de 1799 à 1827, et auteur de trois publications sur les hôpitaux : outre le *Mémoire sur l'utilité d'une École Clinique* discuté plus haut, il produisit vers 1801 un *Projet d'organisation médicale* et un *Projet d'une nouvelle organisation des hôpitaux, hospices et secours à domicile de Paris*. Dans le premier il reprend, en vingt-sept articles, les moyens de promouvoir la pédagogie clinique, développant des idées très proches de celles présentes dans le *Nouveau plan* ou les *Mémoires sur les hôpitaux de Paris* : « Tout, dans les hôpitaux, favorise l'enseignement : réunion des maladies de toute espèce, leçons et surveillance d'un médecin exercé, facilité de voir les malades à volonté, de suivre les malades jusqu'à leur terminaison, et de vérifier le diagnostic par l'ouverture du corps, lorsque le malade meurt »⁹⁰⁴. Dans le second, il propose des

902 Lequel doit être de un pour « 150 à deux cents malades » au terme du règlement du service de santé de 1802, art. 6, cf. Annexe VI. Chiffre déjà avancé dans le *Nouveau plan* et étayé de la manière suivante : « Dans les Hôpitaux les plus considérables, le département de chaque Médecin & et chaque Chirurgien ne pourra être assez nombreux pour présenter, à la fois, plus de huit ou dix malades attaqués gravement & qui exigent actuellement une attention spéciale. Ce nombre répond à peu près, dans les temps ordinaires à cent cinquante lits, y compris les convalescents & les personnes attaquées de maladies chroniques. Ainsi, un Médecin et un Chirurgien ne pourront soigner à la fois, dans un Hôpital, plus de cent-cinquante malades. » Anonyme 1790, p.77.

903 cf. supra sections 1.1.2.2 et 1.1.2.3. Mentionnons ici que Tenon n'aborde tout simplement pas la question de savoir qui doit diriger l'hôpital (omission d'autant plus intéressante qu'il eut maille à partir avec le Bureau de l'Hôtel-Dieu, qui le déclara *persona non grata*), alors que Vicq d'Azyr n'y consacre qu'un paragraphe, p.80, « pour faire sentir combien il est important qu'une partie des Membres de ce Conseil [d'administration des hôpitaux] soit choisie parmi les Officiers de Santé, & combien il est essentiel que les Médecins & les Chirurgiens des Hôpitaux y soient admis, & y aient voix délibérative, puisqu'il est un grand nombre d'objets, dans cette administration, sur lesquels eux seuls peuvent donner un avis motivé. »

904 Duchanoy n.d., p.7.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

changements dans la destination des différents hôpitaux, à l'occasion de la démolition annoncée d'une partie des bâtiments de l'Hôtel-Dieu. Son projet consiste essentiellement à poursuivre la distinction inter-hospitalière, entre maladies aiguës, chroniques et spéciales. Sept établissements seraient destinés aux maladies aiguës de l'adulte (l'Hôtel-Dieu, la Charité, la Pitié, Saint-Antoine, Saint-Martin, Beaujon et un nouvel hôpital à construire), Cochin à celles des femmes enceintes et aux nourrices, et Necker à celles des enfants. Un hôpital serait destiné aux malades chroniques, et trois aux maladies dites « spéciales », à savoir les contagieuses (en particulier les galeux, et vénériens), la folie, et les accouchements. Selon l'auteur, ces changements auraient pour avantages d'éviter les contagions et de permettre aux médecins d'étudier de plus près les maladies chroniques alors qu'ils ne se concentrent habituellement que sur les aiguës en dépit du fait que ce sont les premières qui feront leur cœur de métier. Et il ajoute

« Enfin, cette mesure offrira encore des avantages inappréciables sous le rapport administratif.

En effet, le régime ne doit ni ne peut être le même pour les deux espèces de maladies ; la durée du séjour est très différente, la mortalité l'est encore plus ; de manière que tous les calculs ne présentent jamais que des résultats incertains ; et ce que je viens de dire des chroniques, à quelques nuances près, est applicable aux convalescents. »⁹⁰⁵

Il nous semble que ce serait accorder beaucoup d'influence à un seul membre – de la commission administrative et non du Conseil lui-même qui plus est – que de penser que Duchanoy ait pu imposer ses vues en matière d'organisation hospitalière (comme de recrutement médical, d'ailleurs). Certainement, il dut œuvrer pour qu'elles aillent dans le sens du développement de l'enseignement clinique, de la mise en place du concours d'internat, de la séparation entre hospices et hôpitaux, et de la spécialisation de ces derniers.

Mais la principale raison de la reprise par le CGH – au-delà (ou peut-être en-deça) de la

905 Duchanoy 1814, p.7.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

participation des membres du Conseil aux générales « stratégies de la désodorisation » hygiénistes si bien analysées par Alain Corbin⁹⁰⁶ – de nombre de souhaits formulés par les réformateurs médicaux doit être, à notre sens, cherchée dans certains aspects de leurs propositions mêmes, tel que l'illustre cette dernière citation de Duchanoy. Il ne faut pas penser qu'elle traduise l'attachement d'un médecin exerçant depuis longtemps des responsabilités administratives à concilier les intérêts antagonistes de la gestion économique et de la science médicale. Si le CGH s'appliqua à mettre en œuvre une bonne part les plans de Tenon ou Vicq d'Azyr, c'est que ceux-ci concevaient déjà l'hôpital comme une institution médico-administrative, où bonne gestion et bonne médecine vont de pair. On l'a vu, c'est manifestement le cas dans la distribution comme la formation des hôpitaux chez Tenon et les commissaires de l'Académie des Sciences pour lesquels « *Quel est le but qu'on se propose en construisant un hôpital ? C'est de soulager le pauvre malade ; c'est de le traiter avec le plus de soin et en même temps avec le plus d'économies possibles.* »⁹⁰⁷ C'est également le cas pour Vicq d'Azyr et la Société Royale de Médecine. C. Hannaway voit juste quand elle écrit que « l'attention et les détails dévolus à la manière d'organiser les hôpitaux et d'autres institutions pour faciliter l'expérience clinique sont significatifs. L'argument avancé est que le bien-être des patients est complètement en accord avec l'amélioration de l'instruction »⁹⁰⁸. Mais elle aurait pu ajouter que, là encore, cette organisation doit bénéficier non seulement à la médecine et aux malades, mais à l'administration : il faut certes répartir les malades selon leur nombre, mais aussi « la nature de leurs affections & de leurs besoins. Il en résultera une plus grande

906 cf. Corbin 2008 [1982], pp.133–163 et 231–236 sur l'attachement particulier à faire du « misérable » la cible de ses stratégies.

907 Lassone, Daubenton, Tenon, et al. 1788, p.86.

908 Hannaway 1992, p.158 , et elle ajoute « Le moyen d'y parvenir réside dans le contrôle médical de l'hôpital. Ceci est implicite plutôt qu'explicite dans le *Nouveau Plan* » : « The attention and detail devoted to how to organize hospitals and other institutions to facilitate clinical experience is significant. The argument is made that the welfare of patients is completely in accord with the improvement of instruction. [...] The way to ensure this outcome is by medical control of the hospitals. This is implicit in the *New Plan* rather than stated. ». En fait, comme la citation en note 903 le montre, Hannaway voit partiellement juste : le contrôle des médecins sur les hôpitaux ne doit être que partiel d'après le *Nouveau plan*, et ceci est explicitement écrit.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

commodité pour le service & l'administration des remèdes, & un avantage réel pour l'étude des maladies, dans lesquelles la comparaison des phénomènes différents dans des états, est une des premières & des plus importantes bases du pronostic. »⁹⁰⁹

1.3.2.2 Médicalisation...

Doit-on déduire de la renommée de la clinique française du début du siècle, de l'effort financier consenti par le CGH en faveur des hôpitaux et de son attention aux thèmes abordés par les réformateurs médicaux de la fin du XVIII^e, que les établissements parisiens se médicalisent ? La médicalisation des hôpitaux est un sujet complexe, probablement plus complexe qu'il n'y paraît. En établir la chronologie est largement affaire de définition.

À en croire Jean-Pierre Goubert, dans *La médicalisation de la société française*

« Ce mot-clef de notre vocabulaire contemporain peut être entendu au moins de trois façons différentes et, somme toute, complémentaires. Pour beaucoup, il désigne un élément voire un vecteur de “progrès”, en particulier dans le domaine sanitaire et social et possède donc une connotation positive. Pour une minorité qui tend à dépasser la sphère restreinte des milieux intellectuels, il vise l'impérialisme croissant du savoir, des techniques et du pouvoir médical ; sa connotation est alors nettement péjorative. Pour un dernier groupe enfin, plus répandu parmi les professions de santé de la jeune génération, il signifie qu'on fait porter le chapeau au corps médical dans la mesure où la médecine est devenue actuellement un dépotoir de l'insoluble à l'intérieur d'une société bloquée. »⁹¹⁰

Cette définition, pour être nécessairement large compte tenu de la pluralité des aspects et des acteurs traités dans l'ouvrage⁹¹¹, n'en reste pas moins trop vague pour être utile ici.

Dans le chapitre du même livre spécifiquement consacré à *La médicalisation des hôpitaux parisiens dans la première moitié du XIX^{ème} siècle*, Lydie Boulle semble un peu mieux

909 Anonyme 1790, p.81.

910 Goubert 1982, p.4.

911 Pour une autre étude de la médicalisation, et de la variété de ses agents (écoles, Église, municipalités), voir par exemple Guillaume 2005 ; Nonnis 2005 ; Bourdelais 2005.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

délimiter la signification du terme quand elle écrit que « l'hôpital devient le haut lieu de l'enseignement et de la recherche, des diagnostics et des soins, où cliniciens et chirurgiens assurent la part la plus importante de l'activité spécifique d'un hôpital au sens moderne du mot. Durant la première moitié du XIX^{ème} siècle, l'établissement hospitaliers (sic) “se médicalise” ! »⁹¹². On reviendra plus loin sur la signification exacte du fait que l'hôpital devienne, entre la fin de l'Ancien-Régime et 1830 – pour reprendre la périodisation de l'ouvrage cité – le lieu de l'enseignement et de la recherche médicale. Reste à savoir quelle est l'importance – quantitativement – de l'activité qu'y assurent cliniciens et chirurgiens⁹¹³.

En toute rigueur, il semble que l'on puisse évaluer la « médicalisation » des établissements hospitaliers selon au moins quatre critères distincts, bien que partiellement corrélés :

1° L'encadrement médical, i.e. le rapport du nombre de personnes dont l'activité à l'hôpital est exclusivement destinée aux soins (médecins, chirurgiens, pharmaciens, etc.) au nombre de malades. Une augmentation de ce ratio indiquant une médicalisation des établissements.

2° La part des dépenses consacrée aux activités thérapeutiques, et en particulier la part des dépenses consacrée aux médicaments, instruments, etc., la part des dépenses affectée à la masse salariale semblant un indicateur proche, mais moins pertinent que le précédent⁹¹⁴.

3° La part des malades payants : une augmentation de leur proportion tendrait à manifester un changement dans la fonction hospitalière : de l'hospitalité à la thérapeutique.

912 Boule 1980, p.33.

913 Pour la montée en charge des dimensions médicales des hôpitaux dans le second XVIII^e siècle, voir par ex. Risse 1999, pp.231–288. Pour une révision du concept plus général de « médicalisation » tel qu'employé par Foucault ou Szasz, et la question de « l'extension sociale de la norme médicale », voir Nye 2003.

914 Il faudrait isoler la proportion de celle-ci destinée aux médecins, chirurgiens, etc. Et encore, on ne pourrait déterminer si une éventuelle augmentation de cette dernière est le fait d'un personnel médical plus nombreux, ou d'un personnel médical mieux payé.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

4° Le taux de mortalité : une baisse du ratio indiquerait une médicalisation.

Commençons, à rebours, par les deux derniers critères. Si l'on définit la médicalisation des hôpitaux par l'arrivée de malades payants, alors on ne peut soutenir que le processus se soit enclenché avant la seconde moitié du XIX^e. Jacques Léonard perçoit comme un « autre indice de tradition plus caritative que médicale [le fait qu'en] 1848, les hôpitaux ne comptent que 4.6% de lits payants »⁹¹⁵. Or, on a vu que la part des malades payants était négligeable dans le budget du CGH pour notre période. Deux facteurs concourent au développement du phénomène par la suite. Premièrement la loi du 7 août 1851, qui « prévoit expressément que les malades incurables et indigents d'une commune privée d'établissement hospitalier peuvent être admis dans un hôpital ou hospice d'une commune voisine, “suivant le prix de journée fixé par le préfet, d'accord avec la commission administrative”. C'est, selon J. Imbert, le point de départ d'une généralisation de l'accueil des malades payants »⁹¹⁶. L'effet reste toutefois limité : vu l'opposition avec le principe implicite de toute la législation du XIX^e réservant l'hôpital aux indigents, des circulaires ministérielles rappellent jusqu'en 1899 que ces malades ne peuvent être accueillis qu'exceptionnellement. Deuxièmement, à partir du Second Empire, le développement de la mutualité qui correspondait aux conceptions libérales de lutte contre « l'irresponsabilité » présumée des classes populaires en encourageant la prévoyance et l'épargne. O. Faure a montré que les sociétés de secours mutuelles ont pris un essor important dans la seconde moitié du XIX^e siècle, et qu'elles consacrèrent des sommes très importantes aux soins médicaux⁹¹⁷.

915 Léonard 1981, p.99, note 2.

916 Imbert 1982, p.344.

917 Faure 1984.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

Toujours est-il que dans le cas qui nous occupe, les admissions payantes (toutes sortes confondues) représentent entre 3 et 5% des recettes, exception faite de 1814⁹¹⁸, et qu'au-delà, J-P. Domin a montré que si la part des malades payants ne cessa de croître dans les budgets, elle n'en représente au niveau national que 17,7% en 1853 et 23,63% en 1871⁹¹⁹. Il faudra attendre la loi sur l'assistance médicale gratuite de 1893, et surtout la loi de 1941 puis la création de la sécurité sociale pour que les malades payants constituent l'objet quasi exclusif des hôpitaux. Sous ce rapport, donc, le premier tiers du XIX^e siècle n'offre rien de probant.

Le taux de mortalité pourrait fournir un élément plus convaincant. On verra plus loin que celui-ci subit une baisse tendancielle entre 1800 et 1840⁹²⁰. Sans trancher les controverses suscitées par ses écrits, on sait depuis McKeown⁹²¹ que ce critère est difficile à manier, les facteurs de réduction de la mortalité étant multiples et la médecine n'y tenant pas nécessairement une place prédominante. Or, le problème réside ici dans le fait que l'on ne peut créditer la médecine du moment d'avancées thérapeutiques majeures – les premières interviendront avec l'anesthésie, la listérisation puis la pasteurisation dans le second XIX^e siècle – et que l'on connaît le scepticisme thérapeutique de certains des plus grands médecins du temps⁹²², Pinel, Corvisart et Magendie notamment. Autrement dit, la baisse de la mortalité

918 cf. supra Illustration 4 p.142.

919 cf. Domin 1998, chap.2, section 2, partie III.

920 cf. infra Illustration 28 p.480.

921 McKeown & Record 1962 ; McKeown, Brown & Record 1972. Pour une révision des critiques des théories de McKeown, cf. Colgrove 2002, pour une réévaluation positive de celles-ci, cf. Harris 2004.

922 cf. Léonard 1981, chap.VII ; Imbault-Huart 1975, pp.155–157. Le scepticisme thérapeutique n'est pas la médecine expectante : dans la seconde, d'inspiration hippocratique, le médecin a pour but de rétablir l'équilibre de la *crase*, la composition du corps. Le principal agent thérapeutique est la *vis medicatrix naturae* (force vitale de la nature), mais le médecin doit agir pour en accélérer le mouvement lors des *crises*, moments cruciaux dans l'évolution de la maladie. Le scepticisme thérapeutique désigne le hiatus, essentiellement au début du XIX^e, entre des capacités diagnostic et un empirisme croissants, et des moyens thérapeutiques constants, voire formellement déclinants (du fait de l'abandon d'un nombre important de remèdes jusque-là portés au codex), laissant penser au clinicien posant un diagnostic correct que dans nombre de cas sa thérapeutique était impuissante. Magendie en fut une des principales figures, lui qui « disait à de jeunes confrères qu'il jugeait excessivement fiers de leurs prescriptions magistrales : “On voit bien que vous n'avez

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

constatée – réduite, mais significative – peut être raisonnablement imputée à des facteurs largement non-médicaux, comme nous l'avancerons.

1.3.2.2.1 ... des dépenses ?

Restent donc les dépenses de médicaments et instruments et le taux d'encadrement médical. En ce qui concerne la structure des dépenses, elle est relativement stable et assez conforme à ce que l'on pouvait attendre :

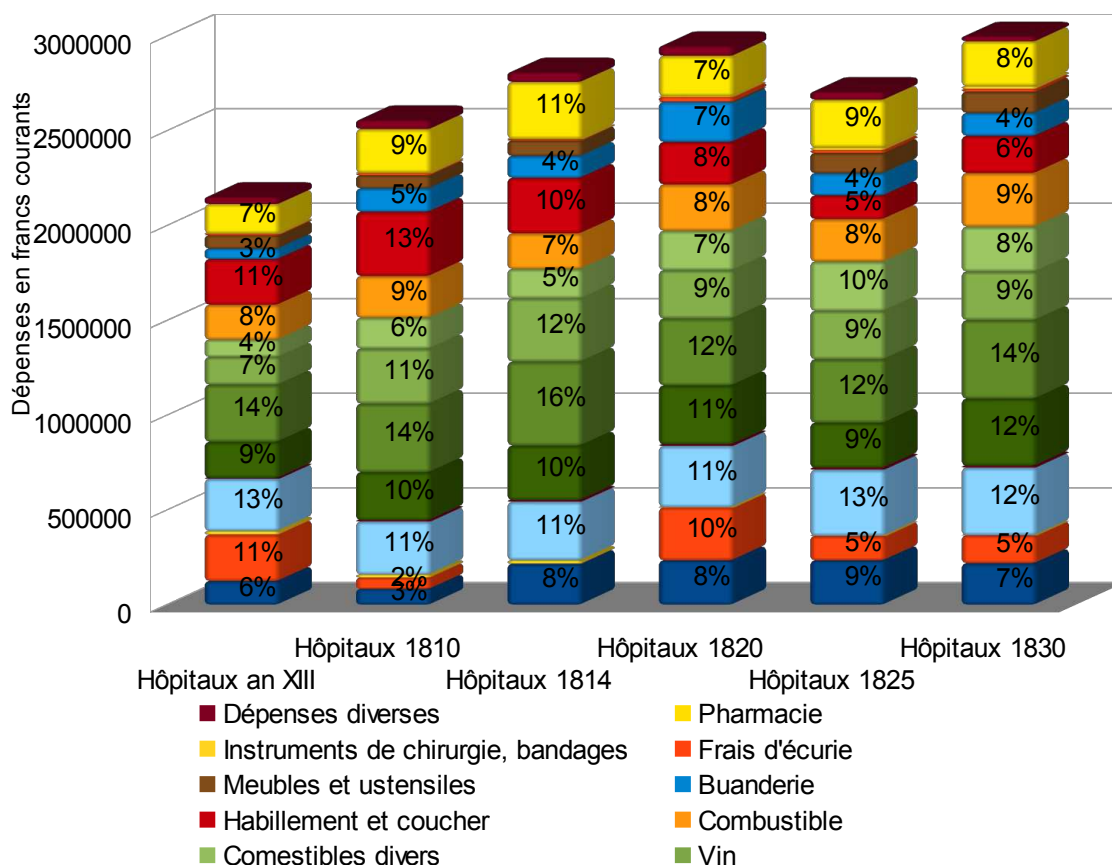


Illustration 8: Structure des dépenses hospitalières, 1804-1830. Source : AAP 1M.

Les dépenses d'appointements sont constituées pour leur écrasante majorité des traitements

jamais essayé de ne rien faire” », Flourens, Éloge de Magendie, in Recueil des Éloges historiques, IIIe série, 1862, cité par Canguilhem 1981, p.63. L'autre grand exemple de scepticisme thérapeutique empirique est naturellement P.-C.-A. Louis et ses *Recherches sur les effets de la saignée* (Louis 1835).

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

et appointements versés aux personnels administratifs et de service (que l'on ne peut donc considérer comme du personnel médical), les dépenses de nourriture constituant de très loin le premier poste budgétaire. On le sait, au XIX^e siècle, dans les hôpitaux, on nourrit avant tout : environ 40% du budget des hôpitaux y est consacré, dont près de 10% pour le... vin, c'est-à-dire à peu près autant que les dépenses de pharmacie auxquelles sont dédiées entre 7 et 10% des ressources⁹²³. La comparaison des deux lignes budgétaires établissant clairement, sous ce rapport, les fonctions hospitalières premières :

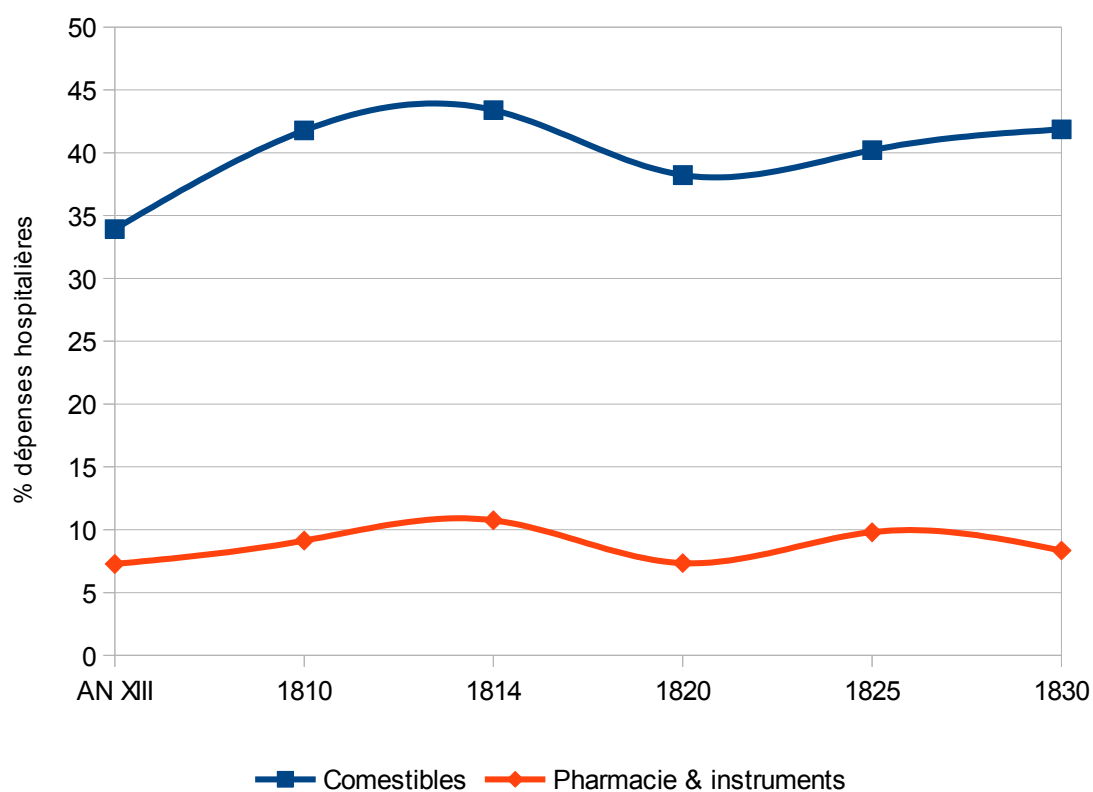


Illustration 9: Dépenses de comestibles et de pharmacie en % des dépenses hospitalières, 1804-1830. Source : AAP 1M

Deux remarques ici : premièrement, on n'a considéré dans le diagramme ci-dessus, que les dépenses affectées aux hôpitaux, et non aux hôpitaux et hospices confondus. Les dépenses de

⁹²³ Pour le détail annuel des dépenses en médicaments fournis aux hôpitaux entre l'an VIII et 1818, cf. Trébuchet 1850a, p.101, note 1: la moyenne est de 220000F/an, avec des variations importantes, en particulier une nette augmentation pour les années 1812-1816.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

médicaments des hospices fluctuent autour de 2% pendant toute la période. Proportions qui restent stables jusqu'en 1848, d'après l'étude de F. Chast, qui écrit : « C'est bien là l'indication que la médicalisation des soins fait son chemin : la dépense varie en fonction du type de malade hospitalisé »⁹²⁴. En toute rigueur, si les prémisses sont justes, la déduction est un peu vite posée : la triple caractéristique de la dépense de médicaments dans les hôpitaux (constante, largement inférieure à la dépense hôtelière, largement supérieure dans les hôpitaux à ce qu'elle est dans les hospices) n'indique pas une médicalisation au sens propre, c'est-à-dire l'accroissement des fonctions médicales, thérapeutiques de l'hôpital. Elle laisse voir sa « pathologisation » : il devient le lieu du malade. Ce qui ne veut pas nécessairement dire qu'il devient celui de la médecine.

Deuxièmement, il faut souligner que la proportion des dépenses en médicaments est en fait remarquable pour la période : d'après J.-P. Domin, les dépenses de médicaments représentent 2,53% des dépenses hospitalières en moyenne à l'échelle nationale en 1853⁹²⁵. Les hôpitaux de Paris y consacrent donc une proportion de leur budget triple voire quadruple, et ceci bien antérieurement⁹²⁶.

On ne peut donc pas considérer que les hôpitaux de Paris se médicalisent, pendant la première moitié du XIX^e siècle, au regard des trois derniers critères proposés. À considérer le premier, la présence des médecins et chirurgiens, l'évolution est plus marquante, quoique non dénuée de subtilités.

924 Chast 1999, p.439. Il indique que le poste « médicaments » de l'AP en 1998 comptait pour ... 4% de ses dépenses.

925 Domin 1998, p.135.

926 Comparaison n'est pas raison, *a fortiori* ici, mais à titre de repère, l'AP-HP consacrait en 2009 55% de ses dépenses de fonctionnement en charges de personnel (tous types confondus, mais il ne fait pas de doute que la part de personnels médicaux – médecins, chirurgiens, internes, infirmiers, aides-soignants, etc. – dans la masse salariale de l'AP est de très loin majoritaire), 26% en « charges à caractère médical » (médicaments, mais surtout plateaux techniques, etc.) et seulement 8,5% en charges hôtelières (le restant étant absorbé par le poste « amortissement, frais financiers et charges exceptionnelles »). cf. AP-HP, *Faits et chiffres 2009*, http://www.aphp.fr/site/connaitre/documents/brochure_aphp.pdf, accédé le 13/02/2012.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

1.3.2.2.2 ... du personnel ?

Le recensement du nombre de médecins et chirurgiens exerçant dans l'ensemble des hôpitaux n'est pas chose aisée, et nécessite de combiner nombre de sources : les rapports de la commission administrative lors de la prise de fonction du CGH ainsi que ceux de Camus et Pastoret⁹²⁷, quelques arrêtés du Conseil Général mentionnant les états du personnel médical pour l'ensemble des établissements⁹²⁸, et de la littérature secondaire⁹²⁹.

La présence médicale à l'hôpital est ancienne, dans tous les hôpitaux du royaume⁹³⁰. En ce qui concerne Paris, d'après Brièle, c'est en 1446 qu'apparaît « pour la première fois la mention d'un médecin attaché à l'Hôtel-Dieu »⁹³¹. Pour le détail des statuts et des prérogatives des différents médecins et chirurgiens du bureau de l'Hôtel-Dieu (expectants et pensionnaires), dont « le nombre varia continuellement », on se réfèrera à Delaunay 1906, pp.76–87 qui indique, à la veille de la Révolution, que le bureau employait treize médecins (onze ordinaires et deux expectants). D'après Corlieu 1901, p.4 il y avait à la fin du XVIII^e siècle un chirurgien en chef (appelé « chirurgien-major »), un chirurgien « gagnant-maîtrise » (sorte de « chef de clinique ») et une douzaine de « compagnons » (ou apprentis, préfigurant les internes).

927 Commission Administrative n.d. ; Thouret, Camus & Duquesnoy 1803 ; Pastoret 1816.

928 En particulier arr. CGH 4579 bis du 28 janvier 1807, AAP 136 FOSS¹² F°185-186 et 55611 du 1er décembre 1830, AAP 136 FOSS¹¹³ F°544-545.

929 Notamment Testu 1805 ; Testu 1815 ; Husson 1862, pp.218–219 ; Administration générale de l'assistance publique 1949. Sur les almanachs nationaux et royaux, cf. Brondel 2008. La source, pour être très généraliste, n'en reste pas moins extrêmement précieuse et pertinente pour notre démarche. Mireille Wiriot a systématiquement croisé ses informations avec les almanachs pour établir sa liste des médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu en annexe de Coury 1969. Les médecins et chirurgiens contemporains des almanachs se référant eux-mêmes à ces derniers pour établir leurs griefs ou prétentions : ainsi en juin 1821 dans une lettre où Nicod (chirurgien de Beaujon), Beauchêne (chirurgien de Saint-Antoine) et Guerbois (chirurgien de Cochin) se plaignent que Breschet ait été nommé chirurgien-chef des enfants trouvés. cf. AAP 136 FOSS⁷¹ F°128-129.

930 cf. Brockliss & Jones 1997 ; McHugh 2007 ; Jones & Sonenscher 1983.

931 Brièle 1870, p.20.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

Le nombre de médecins, chirurgiens et pharmaciens augmenta de façon très importante pendant la période 1801-1848 sous la direction du CGH : d'après Husson 1862, p.218, il passe de 72 en 1803 à 134 en 1849, soit un quasi-doublement. Naturellement, ces chiffres seuls ne sont guère révélateurs, s'ils ne peuvent être comparés au nombre de lits. C'est là toute la difficulté : en effet, pour Husson comme pour Groopman⁹³² (ce dernier reprenant partiellement les chiffres du premier), le ratio lits/praticien ne varie guère entre le début et la mi-XIX^e siècle. Pour Chast⁹³³, au contraire, il passe de cent quarante-huit lits par médecin ou chirurgien en 1803 à soixante-douze en 1848. La question est de savoir ce que l'on compte exactement en numérateur et dénominateur.

Première difficulté : quels praticiens doivent entrer en ligne de compte ? En effet, entre 1800 et 1830, le nombre de pharmaciens, par exemple, est stable : entre dix et onze pour l'ensemble des établissements, il passe à dix-sept ou dix-huit en 1848⁹³⁴. Plus encore, doit-on comprendre les médecins et chirurgiens du Bureau Central d'Admission⁹³⁵ ? Le bureau entrant en fonction en 1802, ses membres ne font pas partie des personnels médicaux en fonction en 1800 ; et de quatre en 1802, ils passent à vingt-trois en 1848, soit une augmentation de 475%. Pour autant, ils n'exercent pas dans les hôpitaux à proprement parler, et c'est faire artificiellement baisser la proportion du nombre de lits au nombre de médecins que de les y intégrer.

Seconde difficulté, le dénominateur : pour faire des comparaisons les plus exactes possible, il convient de compter les lits de malades dans les *hospices* et non simplement les lits dans les hôpitaux ou l'ensemble des lits tous établissements confondus. Ceci pour deux raisons : on

932 Groopman 1986, p.90.

933 Chast 1999, p.441.

934 Selon que l'on prend les chiffres de Husson 1862, p.218 ou de Anonyme 1850.

935 Sur le BCA, cf infra section 2.2.1.1.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

verra que le Conseil Général fera grand cas de la distinction entre malades et invalides (et donc de la séparation entre hôpitaux et hospices⁹³⁶), et l'on sait par ailleurs que la médecine du XVIII^e et du XIX^e siècles s'est développée également en définissant comme pathologiques des états qui ne relevaient pas, ou peu, de la sphère médicale auparavant⁹³⁷. C'est évidemment le cas en particulier à Bicêtre et à la Salpêtrière, où des infirmeries sont créées pour la première fois dans la seconde moitié du XVIII^e siècle seulement (en 1754, selon Boule 1980, p.36). En 1802, la Salpêtrière compte environ 960 aliénés et malades (360 malades et 600 « folles ») et Bicêtre 425 (379 « fous » et 45 malades)⁹³⁸. En 1828, ce sont 2 100 lits de la sorte (1 500 « folles » et 600 malades) qui sont indiqués au budget de la Salpêtrière et 720 pour Bicêtre (529 « fous et imbécilles », 191 malades)⁹³⁹. Ce qui signifie que les lits réservés aux aliénés et malades représentent 24 et 19% des capacités de ces deux établissements respectivement en 1802 et 39 et 23% en 1828. On comprend donc que la façon dont on compte ces lits ait un effet important sur la proportion de lits par médecin. Ignorer les lits de malades de la Salpêtrière en 1828 revient à ignorer l'établissement de la Pitié, par exemple.

Or, à Bicêtre par exemple il n'y a pas de médecin permanent avant que Pinel n'y fasse son entrée en 1793 comme médecin du quartier des aliénés, le chirurgien et le médecin chef sous l'Ancien Régime, très occupés par leur clientèle de ville, n'y venant qu'une fois par semaine. Il faut attendre 1812 pour voir la création de deux postes de médecin ordinaire – un pour l'infirmerie et les indigents, l'autre pour les fous, avec obligation de résidence – et décembre 1830 pour que les responsabilités de l'hospice et l'asile soient partagées entre quatre médecins⁹⁴⁰.

936 cf. infra section 2.

937 Cf. par exemple l'onanisme traité par Tissot, ou, naturellement, l'essor des disciplines psychiatriques : Goldstein 1997 ; Foucault, Ewald, Fontana, et al. 2003.

938 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.98,82.

939 AAP Bibliothèque finance Cote 15U, compte moral pour 1828, pp. et xxxv et xxxii respectivement.

940 Delamare & Delamare-Riche 1990, p.129.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

Entre 1800 et 1848, le nombre de lits dans les hôpitaux passe de 5080 à 6150 (+20%, essentiellement à la fin de la période⁹⁴¹) le nombre de lits pour malades et aliénés dans les hospices de 1400 à 2650 environ (soit +90%). L'augmentation considérable de ces derniers ne traduit pas une multiplication proportionnelle des capacités générales, mais surtout le fait que l'on assigne plus explicitement nombre de lits à des populations spécifiques.

Toujours est-il que si l'on tente de comparer le comparable, c'est-à-dire le nombre de lits « médicaux » comprenant les lits hospitaliers et les lits de malades et d'aliénés dans les hospices, et d'en tirer un enseignement quant à la médicalisation du séjour hospitalier en le rapportant au nombre de médecins et chirurgiens exerçant effectivement auprès de ces mêmes lits⁹⁴², le processus de médicalisation ne souffre guère de doute : de 130 lits médicaux par médecin et chirurgien en 1800, le ratio tombe à 83 en 1848 (-35%), voire de 108 à 63 (-41%) si l'on intègre les pharmaciens. Bien que cette baisse soit relativement continue, elle subit une accélération très notable suite à la révision du règlement du service de santé de 1830, preuve que ces derniers étaient loin d'être sans effets, au-delà des prescriptions relatives à la pratique quotidienne étudiées plus loin⁹⁴³. Suite à cette révision, et considérant que

« le nombre de médecins actuellement en service dans les hôpitaux n'étant pas proportionné au nombre des malades qu'on y reçoit, le service est long et fatigant pour chacun, qu'il est également avantageux pour les malades et pour les médecins que le nombre de ceux-ci soit augmenté.

Ayant égard ainsi qu'il est prescrit par l'article du règlement ci-dessus visé à la population de divers établissements, à la disposition des salles, à la nature des maladies traitées dans chaque maison »⁹⁴⁴

le CGH décida d'augmenter amplement le nombre de médecins et chirurgiens (mais non de

941 cf. infra p.467.

942 Et donc en excluant du calcul les médecins et chirurgiens du Bureau Central d'Admission.

943 cf. infra section 3.

944 Arr. CGH 155611 du 1^{er} décembre 1830, AAP 136 FOSS¹¹³ F°544-545.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

pharmaciens), tout en leur interdisant d'exercer plus d'un poste hospitalier. En conséquence, le nombre de lits par praticien passa de 1829 à 1830 de 93 à 76 environ, médecins, chirurgiens et pharmaciens confondus.

Une nuance doit cependant être apportée. Le nombre de lits par praticien chute de 41% entre 1800 et 1848, mais ce rapport est calculé d'après les lits portés dans les budgets, et les praticiens portés aux états du personnel. Or, si le nombre de lits hospitaliers augmente d'environ 20% pendant la période, le nombre de journées annuelles de malades croît beaucoup plus rapidement : +35% entre 1805 et 1830, alors que la capacité nominale ne change pas (et même +60% environ entre 1805 et 1850⁹⁴⁵). La principale explication résiderait dans un taux d'occupation régulièrement supérieur à 100% (on sait que des brancards temporaires étaient fréquemment utilisés).

Tout ceci pour souligner la difficulté d'une évaluation précise et fiable en la matière, et rappeler que si l'expansion considérable⁹⁴⁶ du nombre de praticiens dans les hôpitaux durant la première moitié du XIX^e siècle ne fait pas de doute, la médicalisation de ces derniers n'est pas à proportion.

En fait, la variation la plus remarquable ne concerne pas les médecins, chirurgiens et pharmaciens, mais leurs élèves. Là encore, les évaluations sont sujettes à caution, et on ne

945 D'après AAP 1M1 et 1M1, le nombre annuel de journées dans les hôpitaux est de 122735 en l'an XIII et de 1667313 en 1830, Administration générale de l'assistance publique 1949, annexe 12 donne 2 millions de journées de malades en 1850.

946 Et plus importante que le nombre de malades, quelle que soit la manière dont on l'évalue : nombre de lits ou nombre de journées.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

considèrera ici que les internes et externes, et non les « auditeurs libres », étudiants inscrits à la faculté de médecine de Paris ou non, qui se pressaient dans les services ou les amphithéâtres. D'après M. Wiriot, créée pour 300 élèves en 1794, l'école de santé de Paris admit des auditeurs libres dès 1796 et au début du XIX^e, un millier suivait les cours alors que le nombre d'élèves régulièrement inscrits allait en augmentant. Ils étaient entre 2300 et 3300 inscrits aux quatre années d'enseignement entre 1811 et 1813 d'après Huard & Imbault-Huart 1975b, p.159. Si seule une minorité passe par l'internat et l'externat (300 externes et 100 internes en 1848, toujours selon Wiriot), les étudiants forment un groupe très hétérogène, auquel se mêlent de jeunes médecins, des curieux et beaucoup d'étrangers. Ce qui explique qu'en 1820 le CGH tenta de limiter leur présence en s'assurant de l'identité des élèves par un système de cartes⁹⁴⁷. Le problème était néanmoins concentré essentiellement dans les hôpitaux du centre (Hôtel-Dieu et Charité en particulier) la longueur des trajets restreignant l'ardeur des carabins, surtout que les visites commençaient très tôt (à 6 ou 7h selon la saison) : « Ces horaires expliquent peut-être que beaucoup d'étudiants [...] se bornaient à venir assister aux leçons cliniques, mais négligeaient la visite en salle. »⁹⁴⁸

947 Arr CGH 29009 du 9 février 1820, AAP 136 FOSS⁶² F°496-497 réglementant l'admission des élèves aux visites et leçons publiques dans les hôpitaux :

« Le conseil général des hospices de paris désirant allier ce qu'exigent le service et les soins dus aux malades avec l'instruction qu'on accorde aux étudiants soit en suivant les visites soit en assistant aux leçons qui se donnent dans les amphithéâtres des hôpitaux arrête ce qu'il suit » :

1. On ne pourra suivre les visites et leçons que sur présentation d'une carte personnelle incessible visée par le médecin ou chirurgien et le membre de la Commission Administrative chargé de l'hôpital.
2. Les cartes ne seront délivrées qu'à ceux qui pourront prouver par attestation être inscrit dans une des trois facultés de médecine, ou être docteur ou officier de santé (français ou étranger).
3. Les cartes seront présentées à l'agent de surveillance, qui inscrira le nom du détenteur sur un registre.
4. Les admis devront suivre le médecin ou chirurgien et n'entrer dans les salles qu'avec eux. « Il leur est expressément défendu de toucher, de palper et d'interroger aucun malade qu'en présence et avec l'approbation du médecin et du chirurgien. »
5. Après la visite, personne ne peut rester à moins d'être de service, ou sur autorisation du médecin ou chirurgien et information de l'agent de surveillance.
6. Les médecins et le chirurgien peuvent exclure les élèves se conduisant mal. Rapport est fait au CGH, qui étend l'exclusion à tous les autres hôpitaux.

La décision et les protestations qu'elle souleva jusque dans les années 1830 est traitée par Wiriot 1970, pp.78 & sq.

948 Wiriot 1970, p.46.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

Toujours est-il qu'en considérant les informations consignées dans le premier compte moral rendu par la commission administrative, les arrêtés du conseil général⁹⁴⁹ et ceux susmentionnés par M. Wiriot, la progression du nombre d'internes et d'externes est fulgurante : alors qu'à l'entrée en fonction du CGH 85 élèves opèrent dans les hôpitaux et hospices (64 élèves médecins et chirurgiens, 21 élèves pharmaciens), ils sont environ 270 en 1830 (quatre-vingts internes en médecine et chirurgie, entre 130 et 140 externes et 54 internes en pharmacie⁹⁵⁰), et près de quatre cents en 1848. Le nombre d'internes en médecine et chirurgie croît donc de plus de 55% entre 1800 et 1848 et celui des externes de près de 100%.

La mesure la plus fidèle qu'il nous soit possible de produire de la présence médicale dans les hôpitaux est la suivante :

949 En particulier l'arr. 56028 du 19 janvier 1831, AAP 136 FOSS¹¹⁴ F°180-185, ainsi que 60054 et 60060 du 9 mai 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁴ F°524-532 et F°540-547 portant le personnel en tant normal et supplémentaire pour faire face à l'épidémie de choléra.

950 L'internat de pharmacie avait été créé sur le modèle de celui de médecine et chirurgie par un arrêté du 2 novembre 1814. La plupart des élèves étaient naturellement affectés à l'Hôtel-Dieu : en 1830, la répartition des internes était la suivante : Hôtel-Dieu 19 internes en médecine et chirurgie, 13 en pharmacie ; Pitié: 9/7 ; Charité : 7/6, Saint-Antoine : 4/3 ; Beaujon : 4 internes en médecine et chirurgie, Cochin : 2 internes en médecine et chirurgie, Necker : idem ; Saint Louis : 9/5 ; Vénériens : 5/3 ; Enfants malades : 5/2 ; Maison Royale de Santé : 2/2 ; Accouchement : 1 interne en chirurgie ; Enfants trouvés : 2 internes en médecine et chirurgie, Salpêtrière : 7/4, Bicêtre : 6/3 ; Incurables Femmes : un interne en médecine ou chirurgie ; Pharmacie Centrale : 4 internes en pharmacie.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

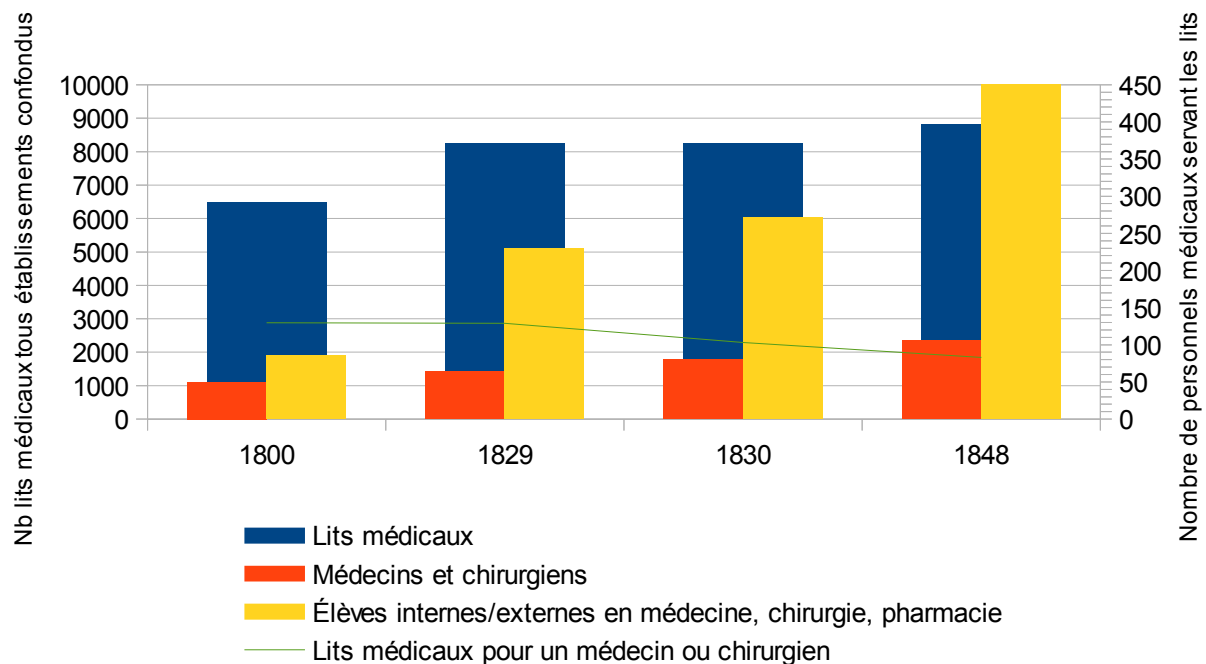


Illustration 10: Lits et personnels médicaux, 1800-1848

Il nous semble que l'on doit en retenir trois éléments.

Premièrement, le nombre de praticiens s'élève considérablement, c'est un fait relativement incontestable, le tournant étant clairement les années 1829-1830 : jusque-là, le ratio lits/praticien est relativement stable, il décroît par la suite. Mais cette augmentation doit être nuancée : si la tendance est nette, elle est à tempérer par l'augmentation – moins importante, mais malgré tout considérable – du nombre de journées de malades. Enfin, bien que de plus en plus nombreux, ce sont un peu plus de cent praticiens seulement qui servent les près de neuf mille lits médicaux de 1848⁹⁵¹.

Deuxièmement, la figure qui prend le plus d'ampleur est celle de l'étudiant interne et surtout externe, dont les effectifs cumulés font plus que quadrupler entre 1800 et 1848⁹⁵².

951 Encore une fois, sans anachronisme mais pour établir des repères, dans les hôpitaux de Paris, dont la médicalisation ne fait guère de doute en 2009, c'était 11 600 praticiens (hospitaliers, contractuels, attachés et hospitalo-universitaires) qui servaient 22 148 lits, compte non-tenu des 2993 internes et 5231 étudiants, assistés de 50 117 personnels soignants non-médicaux. Soit, en prenant uniquement les praticiens et internes, 15 lits pour une personne en 1848 (48 en 1800) et 1,5 en 2009.

952 Au passage, on fera remarquer la très grande différence, manifeste sous cet aspect, entre les hôpitaux universitaires allemands et leur lente médicalisation étudiée par Buelzingsloewen 1997, pp.223–240 et les

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

Enfin, si l'on entend par « médicalisation » la présence médicale à l'hôpital, qui l'éloignerait de sa fonction chrétienne d'hospitalité et la rapprocherait de celle de centre de soin, on fera finalement remarquer que la présence religieuse, en particulier après la réinstitution officielle des ordres sœurs à partir de 1809, reste plus massive que la présence médicale. Nous n'avons pu trouver de compte exact des effectifs des ordres hospitaliers pour l'ensemble des hôpitaux, mais il ne fait pas de doute qu'il surpassait largement le nombre de médecins et chirurgiens : trois cent trente-trois sœurs servaient dans les hôpitaux au début du XIX^e siècle d'après Martineaud & Cordier 2002, p.169, alors et leur nombre augmenta par la suite⁹⁵³ si bien qu'elles durent être en règle générale trois à quatre fois plus nombreuses que les praticiens médicaux jusqu'à la fin de notre période au moins.

Pour conclure sur la question de la médicalisation, il nous semble, contrairement à l'avis de L. Boule cité, que celle-ci doit être affirmée avec précaution. Des quatre critères mentionnés pour l'appréhender, elle n'est indiscutable que pour un seul. Et encore, si la tendance est remarquable, car annonciatrice d'évolutions qui iront en s'amplifiant, les changements sont loin d'être des bouleversements. Sous ce rapport, les hôpitaux de la capitale ont probablement quelques années d'avance sur la moyenne nationale (comme on l'a vu pour les dépenses médicales), hérauts d'un phénomène lent et progressif.

1.3.2.3 Hospitalisation de la médecine ?

Pour autant, si on estime ici que la médicalisation des hôpitaux parisiens pendant le premier XIX^e siècle est toute relative, on ne sous-entend aucunement que l'hôpital n'est pas un lieu important de la médecine.

hôpitaux de Paris : la question clinique anime la gestion des premiers bien plus que des seconds.
953 cf. Martineaud & Cordier 2002, p.178 ; Weiner 1972, p.284.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

Si, au début du XIX^e siècle la médicalisation de l'hôpital est timide, la réciproque – l'hospitalisation de la médecine⁹⁵⁴ – est massive. Les deux phénomènes pour être corrélés, ne sont pas identiques, l'un précédant nettement l'autre. J. Lombard et B. Vandewalle ont bien analysé le fait que si, maintenant, l'hôpital semble être « une espèce d'affirmation absolue de la médecine [...], une médecine des pleins pouvoirs, stade ultime de l'intervention du soin », cette activité de soin a longtemps été marginale, limitée à l'*épimélieia*, au prendre soin, ne devenant centrale et intégrant le *therapeuein* « que lorsque deux mouvements apparemment opposés se sont rencontrés, la médicalisation de l'hôpital et l'hospitalisation du soin »⁹⁵⁵.

La centralité épistémologique de l'hôpital dans la médecine qui se développe à la fin du XVIII^e siècle est l'un de ses aspects les plus étudiés, et nous reviendrons sur certains de ses aspects particuliers par la suite. Il n'est pas question ici de présenter une pâle synthèse des analyses d'Ackerknecht, Foucault ou Keel. Mais il n'est pas nécessairement inutile de rappeler cette distinction – qui n'est pas qu'un chiasme – entre médicalisation de l'hôpital et hospitalisation de la médecine, qui nous semble avoir été trop souvent omise, peut-être parce qu'elle était évidente.

La clinique, étymologiquement, n'est pas hospitalière. L'institution, historiquement, était inconnue d'Hippocrate. Mais quelle que soit la manière dont on s'interroge « sur les origines

954 Entendue comme « centralité épistémologique » de l'hôpital dans la pensée médicale. cf. paragraphes suivants.

955 Lombard & Vandewalle 2007, pp.31, 32.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

de l'enseignement clinique, sur lesquelles les historiens ne s'accordent guère »⁹⁵⁶, qu'on le fasse remonter à da Monte et Padoue au XVI^e siècle, à Straaten et Utrecht dans le second tiers du XVII^e siècle, ou plus traditionnellement à Leyde et Boerhaave vers 1715, il n'en reste pas moins que cette médecine clinique qui se réinvente un Hippocrate et se redécouvre un objet dans le malade alité va le chercher dans l'hôpital chrétien.

Une évidence, encore : Keel critique très sérieusement les thèses de Foucault et d'Ackerknecht sur les emprunts des cliniciens français aux cliniciens viennois, édimbourgeois et londoniens et de ce fait la chronologie, les bases épistémologiques et l'existence même de « l'école de Paris ». Jamais il ne met en doute le lieu d'intérêt, la scène du débat : l'hôpital.

Le constat est clair et synthétiquement posé par Ackerknecht : « Et de fait, c'est dans le cadre de l'hôpital seulement que les disciplines qui allaient constituer les trois bases fondamentales de la médecine – l'examen physique, l'autopsie et l'étude statistique – trouveraient les conditions nécessaires à leur épanouissement. »⁹⁵⁷. On pourrait ajouter qu'il ne fait pas plus de doute que les médecins dont les contributions furent les plus remarquées, les Bichat, Corvisart, Laënnec, Bayle, Dupuytren, Magendie, etc. ont des fonctions hospitalières, alors même qu'ils sont une minorité à avoir ce privilège : sur 616 médecins et chirurgiens autorisés à exercer dans le département de la Seine en 1807⁹⁵⁸, 61 exercent dans les hôpitaux⁹⁵⁹, soit 10%. En prenant l'autorisation préfectorale de 1833 et les praticiens de 1830, ils ne sont plus que 8%.

956 Buelzingsloewen 1997, p.38.

957 Ackerknecht 1986, p.29.

958 D'après les listes dressées par la préfecture en exécution de la loi du 29 prairial an XIII, AdP D.M5⁸, et en excluant les officiers de santé.

959 D'après les états du personnel joints à l'arrêté CGH 4579 bis du 28 janvier 1807, AAP 136 FOSS¹² F°185-186.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

Les raisons sont tout aussi connues et on ne les mentionnera ici que pour rappel, en reprenant l'exposé synthétique qu'en a fait Marie-Josée Imbault-Huart. Premièrement les hôpitaux permettent les observations et autopsies, livrent des malades « nombreux et dociles »⁹⁶⁰.

Si la maladie est composée d'un nombre fini d'éléments dont les agencements sont infinis, alors un nombre suffisant d'observations devrait permettre d'en connaître tous les éléments. Ce qui devient sous la plume de Bayle dans les *Considérations sur la nosologie* p.56 : « les espèces de maladies, quoique nombreuses, sont bornées, mais les maladies individuelles sont en nombre indéfini »⁹⁶¹. La multiplication des observateurs, nécessaire pour limiter les erreurs particulières – tout comme un nombre suffisamment grand d'observations permet d'éliminer les variations individuelles des maladies pour en découvrir les éléments constitutifs – prend naturellement place à l'hôpital, lieu de rencontre entre observés et observants⁹⁶².

Quant aux nécropsies, on ne prendra pas l'exemple de Bichat, de ses centaines de cadavres et de l'importance qu'ils eurent pour ses recherches, mais un autre probablement tout aussi célèbre, tel qu'exposé par Horeau, élève et éditeur de Corvisart :

« La grande difficulté n'était certainement pas de trouver, par une dissection exacte, des lésions quelconques dans les organes ; tout anatomiste attentif est sûr d'en trouver souvent. Le point aussi difficile qu'important, le but véritablement utile, c'est d'étudier, sur l'homme

960 Imbault-Huart 1975, p.149.

961 Cité par Imbault-Huart 1975, p.150.

962 Certes, « Tous les lieux sont propres à seconder le Médecin observateur [...] Mais s'il est un endroit où toutes les circonstances se trouvent réunies pour favoriser l'observation médicale, ce sont les hôpitaux. C'est dans ces asyles élevés par la charité pour le soulagement des malheureux, que le Médecin peut étudier véritablement l'histoire des maladies et la valeur des remèdes ; c'est là, qu'il peut distinguer les cas où la nature se suffit à elle-même, ceux où elle a besoin d'être secondée, et en ceux enfin où sa marche trop impétueuse doit être réprimée. Divers préjugés, qu'il seroit trop long d'analyser, ont en vain obscurci cette vérité ; les hôpitaux seront toujours l'école des Médecins, comme une galerie de tableaux est l'école des peintres .» Doublet 1793, p.178. Sur ce point, voir infra section 3.3.1 et 3.2.1 pour le « tableau » clinique.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

vivant et malade, les caractères propres aux lésions des différents organes, d'en bien remarquer les phénomènes, d'en bien constater les symptômes, par des observations multipliées, pour qu'il ne soit plus permis de les méconnaître. Un tel travail demandait nécessairement un grand hôpital, dans lequel les malades pussent être remarqués et choisis, et un médecin opiniâtre dans ses recherches, et n'hésitant jamais à interroger les cadavres des malades qui succombaient. »⁹⁶³

Deuxièmement, si l'hôpital est devenu si important pour la médecine clinique, c'est en raison de cette fonction pédagogique qui lui est étymologiquement étrangère. Depuis da Monte au XVI^e siècle, et Diderot et Duchanoy au XVIII^e siècle⁹⁶⁴, en passant par Tissot ou Frank, l'enseignement clinique était réclamé depuis longtemps. Mais l'objectif était surtout le perfectionnement des étudiants, et non celui de la médecine :

« C'est dans les salles mêmes d'un hôpital que se donnent les leçons [dans les Universités d'Édimbourg et de Vienne] ; ce sont les différentes maladies qui leur servent de texte. Si le professeur a du talent, il indique à ses élèves l'ordre dans lequel les objets doivent être observés pour être mieux vus et pour se graver dans la mémoire ; il leur abrège le travail, il les fait profiter de son expérience. S'il est sans talent, ses fautes sont bientôt dévoilées par la nature qui parle à tous leurs sens & dont il est impossible d'étouffer ou d'altérer le langage. [...] Aussi les jeunes gens qui sortent de ces Universités se distinguent-ils facilement de tous les autres. Leurs connaissances plus nettes, mieux classées, leur raison plus ferme, leur tact plus sûr & plus fin sont une assez bonne apologie de cette forme d'instruction. »⁹⁶⁵

Pour M.-J. Imbault-Huart avec la nouvelle médecine naît une « nouvelle conception de l'enseignement ». La multiplicité des observations fait des élèves des auxiliaires indispensables. « Cette collaboration crée un incessant courant d'échanges entre les professeurs et leurs élèves, sur un pied d'égalité, et fait que l'enseignement est un élément moteur indispensable pour la médecine clinique. La notion de maître et d'élève s'estompe au profit de l'enseignement mutuel, car le maître ne peut dispenser un savoir magistral rigide,

963 Corvisart 1806, p.xiv.

964 Cf le *plan d'Université pour la Russie* du premier et Duchanoy & Jumelin 1778 pour le second.

965 Cabanis 1790, pp.30–31.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

dans cette atmosphère de recherche et de création incessantes »⁹⁶⁶. C'est sans nul doute une vision un peu magnifiée de la pédagogie clinique. Si la clinique fit effectivement des élèves des auxiliaires indispensables,⁹⁶⁷ c'était plus comme « petites mains » consciencieuses et impliquées que comme stimulateur de la recherche médicale. La relation entre maître et élève ne dut pas souvent être une relation de pairs et l'ouvrage de M. Wiriot⁹⁶⁸ regorge d'anecdotes sur la négligence ou l'autorité des chefs cliniciens. Il ne fait pas non plus de doute que les dimensions socio-professionnelles sont également d'une très grande importance dans la compréhension du statut acquis par l'hôpital dans la médecine moderne : l'institution sert de discriminant entre une minorité de praticiens ayant une longue formation théorique et pratique, auprès des médecins les plus renommés, asseyant la légitimité de leur connaissance et de leur statut face à la plèbe des charlatans et de leurs confrères moins bien formés. Ceci est particulièrement vrai de la France du XIX^e siècle, qui vit en un an la création de l'internat des hôpitaux de Paris et l'officiat de santé, mais c'est également le cas dans d'autres nations européennes⁹⁶⁹.

Il demeure que cet enseignement débouche sur deux œuvres cliniques différentes, correspondant aux deux courants de la médecine clinique et personnifiés par Pinel & Bayle : l'une décrivant des tableaux cliniques aussi précis et vivants que possible (observation in vivo), l'autre s'attachant à l'étude de la lésion comme entité spécifique de la maladie (observation post mortem). Correspondent deux modes d'observations : le premier pour « rendre cohérente la multiplicité des symptômes » le second pour « ancrer la maladie à un point fixe et indiscutable »⁹⁷⁰.

966 Imbault-Huart 1975, p.152.

967 cf. infra section 3.1.2.2.

968 Wiriot 1970.

969 Bueltzingsloewen 1997, pp.55–70. Sur les dimensions socio-professionnelles de l'internat des hôpitaux de Paris, cf. Groopman 1986. Sur les dimensions sociales de l'internat tant qu'il est une expérience « paradigmatique et exceptionnelle », de nos jours cf. Groopman 1987.

970 Imbault-Huart 1975, pp.153–154.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

La pensée politique et médicale du XVIII^e avait remis en cause les hôpitaux et la médecine d'observation – pour Imbault-Huart – n'avait pas tranché la question de leur utilité parce qu'elle n'exigeait pas des observations simultanées⁹⁷¹. « L'impossibilité pour la médecine clinique de dissocier ses progrès de l'existence des hôpitaux, assigne à la grande discussion sur leur utilité un point de non-retour. » Certes les critiques ne cessent pas complètement : « surtout nécessaire pour offrir une collection des différentes maladies, analogue à l'herbier des botanistes, [ils sont] souvent accusé[s] de dénaturer l'essence de la maladie ». Mais elles sont totalement intégrables sans remettre en question l'existence de l'institution : elles expliquent la préférence pour de petits hôpitaux. « La médecine clinique en fondant la connaissance de la maladie sur un ensemble de faits pathologiques dont la signification n'est pas fournie par leur nature, mais par leur rapport, fait de leur rassemblement un travail collectif de confrontation incessante renforcée par l'enseignement clinique. Seul l'hôpital peut assumer ce double rôle de recherche et d'enseignement, c'est pourquoi il est au centre de la médecine clinique. »⁹⁷² La même chose peut être dite de la pathologie puis de la thérapeutique comparées : si pour « le raisonnement clinique [...] il n'y a de fait pathologique que comparé »⁹⁷³ alors l'hôpital n'est pas le seul lieu possible pour l'anatomo-clinique, mais certainement celui qui lui est le plus favorable, le plus à même de lui donner le cadre matériel, le cadre pratique adéquat à son cadre épistémologique.

Les pages qui précèdent n'indiquent clairement qu'une chose, déjà bien connue : la

971 Nous dirions plutôt qu'elle exigeait des observations moins standardisées. C f. infra section 3.2.1 sur le tableau clinique.

972 Imbault-Huart 1975, p.154.

973 Imbault-Huart 1975, p.163.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

médecine française connaît dès la fin du XVIII^e siècle et avec un essor marqué au début du XIX^e siècle un phénomène qu'elle partage – *mutatis mutandis* – avec toute l'Europe : elle trouve dans l'hôpital le lieu privilégié de son développement, du renouvellement de ses pratiques et de ses cadres théoriques.

Ce phénomène ne doit pas – à notre sens – être entendu comme un phénomène de médicalisation des hôpitaux. Il en est uniquement une condition nécessaire. Il doit, considéré en lui-même, être compris ni plus ni moins que comme une « hospitalisation » de la médecine. La précision est d'importance, car les deux sont souvent confondus. Ainsi, pour P. Pinell dans le *Dictionnaire de la pensée médicale*, la fin du XVIII^e et le début du XIX^e voient une

« réforme des institutions hospitalières dont la médicalisation sera la pierre de lance. Réforme dont Michel Foucault a montré qu'elle était partie prenante d'une transformation de la médecine du triple point de vue du savoir (constitution de la médecine anatomoclinique), des institutions et de l'organisation de la profession. »⁹⁷⁴

Si l'on peut bien parler d'une médicalisation de la société française à la période, il faut être très prudent sur celle des hôpitaux : tout au plus peut-on la dire timide et limitée. Sans contredire la synthèse de la pensée de Foucault présentée par P. Pinell, l'ellipse est trop conséquente : si la médecine change épistémologiquement, institutionnellement et professionnellement, et si dans chacun de ces changements l'hôpital tient une place de choix⁹⁷⁵, il ne se médicalise pas pour autant, ou pas à mesure de ce qu'il représente pour la nouvelle pensée médicale. Autrement dit, les hôpitaux sont devenus des éléments cruciaux dans le savoir médical bien avant que la médecine puisse revendiquer le même statut dans les fonctions hospitalières. Nous avons vu que ceci restait vrai même dans le cadre des hôpitaux

974 Pinell 2004a, p.583.

975 Comme fournisseur de patients et de cadavres où mettre l'anatomoclinique à l'épreuve, comme lieu d'enseignement et lieu de formation d'une élite professionnelle.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

de Paris, dont on pourrait penser qu'ils furent extensivement investis par les professionnels de la santé vu l'importance qu'ils revêtaient dans leur production intellectuelle. Comme le confirme encore Pinell :

« Au cours des premières décennies du XIX^e siècle, la révolution hospitalière⁹⁷⁶ reste un phénomène essentiellement parisien, à l'image de la position centrale de la capitale dans le champ médical français qui attire la grande majorité des étudiants en médecine du pays. En province, dans de nombreuses villes, la médicalisation des hôpitaux se fait lentement (elle ne deviendra manifeste dans les Hospices civils de Lyon qu'à partir de 1840). »⁹⁷⁷

Les hôpitaux qui permirent et portèrent l'École de Paris, une des plus grandes gloires de la médecine hexagonale, n'étaient en réalité que peu médicalisés : seul le nombre de lits par médecin ou chirurgien l'indique, et encore, dans des proportions très limitées⁹⁷⁸. Si « révolution hospitalière » il y eut, c'est bien plus en terme « d'hospitalisation de la médecine » qu'il faut l'analyser qu'à la lumière du concept quelque peu téléologique de « médicalisation des hôpitaux ».

Enfin, anticipant légèrement sur les pages qui suivent, on ajoutera que l'hospitalisation de la médecine va au-delà de la simple provision de cas pathologiques, de lieu d'enseignement et de distinction professionnelle : « la nouvelle organisation des savoirs anatomo-cliniques est [...] propice à l'individualisation du malade », pour reprendre les propos d'A. Rasmussen, elle partage aussi des instruments et des normes avec la gestion développée pour l'administration des grands établissements :

« enregistrement des entrées, des sorties et des trajectoires pathologiques, développement d'une bureaucratie faite de dossiers, de formulaires, de registres et de données statistiques. L'individu et l'histoire de sa maladie sont au fondement de collections de cas mis en relation avec des classifications de symptômes, qui forment des tableaux nosologiques. Au terme de cette évolution, l'hôpital est

976 Laquelle est synonyme pour Pinell de médicalisation des hôpitaux, cf. la fin de la citation.

977 Pinell 2004a, p.584.

978 cf. section précédente.

1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

devenu le lieu privilégié d'élaboration des savoirs médicaux. »⁹⁷⁹

Ceci semble tout à fait juste, précisément parce que ce n'est pas dire que l'hôpital se « médicalise », mais, en toute rigueur, que la médecine « s'hospitalise » : et pas uniquement parce que l'hôpital devient « le lieu privilégié de l'élaboration des savoirs médicaux » en fournissant en quantité des cas pathologiques, mais aussi parce que son organisation, administrative et bureaucratique, pousse au développement de la méthode clinique elle-même⁹⁸⁰.

979 Rasmussen 2011, pp.66–67.

980 cf. infra section 3.

1.4 Conclusion de partie

ENTRE HÉRITAGE RÉVOLUTIONNAIRE ET d'Ancien Régime, dimensions locales et nationales, philanthropie et politique sanitaire, impératifs de gestion et encouragement de l'anatomo-clinique, le Conseil Général des Hospices s'est défini comme une institution au centre de logiques et d'intérêts forts divers.

Pensée pour répondre aux spécificités de la capitale tant en termes démographiques que politiques, rendue possible par la politique hospitalière déstabilisatrice de la Révolution et voulue aussi bien par les services ministériels que préfectoraux, l'institution fut rapidement dotée de pouvoirs très étendus la rendant assurément originale⁹⁸¹. Alors que le préfet de la Seine, cheville ouvrière de sa création, souhaitait qu'elle reste avant tout un acteur municipal, le ministre décida de lui donner une envergure nettement plus large en y nommant nombre de personnalités nationales, formant un véritable « état-major de la bienfaisance »⁹⁸². L'institution est ainsi marquée par sa remarquable stabilité⁹⁸³, son caractère bureaucratique⁹⁸⁴, et la notabilité de ses membres⁹⁸⁵.

De la composition initiale du Conseil découle un certain nombre de tensions avec le ministère de l'Intérieur, autorité de tutelle du CGH : ce dernier fait montre d'une relative autonomie, en particulier lors de la procédure de nomination et en imposant *de facto* un certain nombre de décisions au ministre. Le pouvoir central conserve néanmoins une influence considérable sur le Conseil Général des Hospices, à travers les procédures règlementaires (toutes les décisions de quelque importance devaient être validées par le

981 cf. section 1.1.1 pp. 41 & sq.

982 Duprat 1997, p.4. Voir section 1.1.1.3 pp.61 & sq.

983 cf. section 1.1.2.4.3 pp.116 & sq.

984 cf. section 1.1.2 pp.82 & sq.

985 cf. sections 1.1.2.2 pp. 89 & sq. et 1.1.2.4.1 pp.105 & sq.

1.4 Conclusion de partie

ministre), mais surtout la haute main sur les cordons de la bourse : à Paris plus qu'ailleurs, l'État s'emploiera à capter le patrimoine hospitalier et à maintenir le CGH dans la dépendance de décisions fiscales ministérielles⁹⁸⁶. Le pouvoir central saura user de cette emprise pour faire du CGH un levier de ses interventions en matière de santé, comme l'illustrent de façon exacerbée les deux principales crises sanitaires de la période : la fin de la campagne de France et l'épidémie de choléra de 1832⁹⁸⁷.

Frochot, représentant de l'État en sa qualité de préfet et président de droit du CGH avait clairement énoncé les priorités qui avaient été données au Conseil⁹⁸⁸ : remettre de l'ordre dans les secours, condition d'une administration « scientifique » et économique, tout en encourageant l'expansion de la médecine clinique. Les Conseillers, versés dans les questions juridiques et économiques, furent particulièrement attentifs à préserver le « bien du pauvre ». Ils prirent d'importantes mesures visant à limiter les dépenses, assurer la régularité et l'efficacité du service, etc. Ils furent en un mot de bons gestionnaires, guidés par le souci de l'ordre, valeur cardinale recouvrant morale et économie⁹⁸⁹. Or, tout gestionnaire qu'il fut, le CGH pratiqua une politique budgétaire à rebours des idées généralement admises par les réformateurs sur l'intérêt relatif des hôpitaux et des secours à domicile. Loin de favoriser les seconds au détriment des premiers, alors qu'il était la première institution à en avoir le pouvoir, il consacra une part croissante de ses ressources aux établissements hospitaliers, et en particulier aux hôpitaux⁹⁹⁰, s'inspirant largement des projets de... médecins de la fin du siècle précédent⁹⁹¹. Pour autant, l'analyse de la structure des dépenses comme des autres variables pouvant définir une « médicalisation » des hôpitaux en ce premier XIX^e siècle nous amène à

986 cf. section 1.2.1 pp.129 & sq.

987 cf. section 1.2.2 pp.155 & sq.

988 cf. pp. 79 & sq.

989 cf. sections 1.3.1.2 à 1.3.1.5 pp.206 & sq.

990 cf. section 1.3.1.1 pp.198 & sq.

991 cf. section 1.3.2.1 pp.242 & sq.

1.4 Conclusion de partie

réviser la notion. L'hôpital à la période se « pathologise » bien plus qu'il ne se « médicalise ».⁹⁹² Ce qui ne signifie en aucun cas, naturellement, que l'hôpital fut sans rapport avec l'art de guérir. Mais si l'on observe d'importants décalages chronologiques suivant la définition de la « médicalisation » que l'on retient, c'est à notre sens parce que l'on subsume sous cette notion deux mouvements corrélés mais non identiques : la « pathologisation » de l'hôpital, qui relève principalement de logiques et de moyens administratifs, et une forme « hospitalisation » de la médecine⁹⁹³. Ce dernier mouvement doit lui-même être compris dans une dimension double. C'est de cela qu'il est question dans les deux parties suivantes.

Au terme de cette partie, nous pouvons dire que le CGH ne fut certainement pas une institution médicale, comme a pu l'être le Conseil de Salubrité de la Seine. Dirigé par des philanthropes préoccupés de gestion, le CGH n'en mena pas moins une politique hospitalière qui fut loin d'entraver le développement de la médecine clinique au sein de ses établissements, bien au contraire. À l'interface entre une population en demande de soins et des cliniciens les tenant comme le haut lieu de leur pratique d'une part, et un pouvoir politique – dont le CGH était l'émanation – soucieux de développer une politique sanitaire et d'assistance à moindre coût d'autre part, les hôpitaux auraient pu être le lieu de l'affrontement sans merci d'intérêts divergents. Il fut aussi, et peut-être surtout, celui de convergences fondamentales.

992 cf. section 1.3.2.2 pp.258 & sq.

993 cf. section 1.3.2.3 pp.273 & sq.

2 Les règlements d'admission : La création des malades

TIRÉE DE FÉLIX VICQ d'Azyr⁹⁹⁴, c'est par cette citation que Michel Foucault commence le chapitre intitulé « la leçon des hôpitaux » dans *La naissance de la clinique*. Qu'il nous soit permis de la reprendre :

« Les maladies & la mort offrent de grandes leçons dans les hôpitaux. En profite-t-on ? Écrit-on l'histoire des maux qui y frappent tant de victimes ? Y ouvre-t-on les corps de ceux qui périssent, pour découvrir le foyer de diverses affections auxquelles ils ont succombé ? Y rédige-t-on un exposé des diverses constitutions médicales ? Y recueille-t-on les faits nombreux & intéressants qui s'y présentent ? Y enseigne-t-on l'art d'observer & de traiter les maladies ? Y a-t-on établi des Chaires de Médecine clinique ? »⁹⁹⁵

De là, Foucault développe son analyse des réformes médicales introduites pendant la Révolution pour favoriser la pédagogie clinique, la confrontation directe avec le malade et la maladie dans les services hospitaliers, cette « Manière d'enseigner et de *dire*, devenue manière d'apprendre et de voir. » Comme l'écrit Christiane Sinding

« Ce qui intéresse surtout Foucault [dans *la naissance de la clinique*] c'est de montrer que sous la Révolution sont réunies les conditions politiques, institutionnelles et sociales qui permettent la réorganisation du savoir médical. D'abord, est institué un nouveau type d'hôpital comme lieu de soins et d'enseignement, où l'on insiste sur la nécessité de constituer un système de connaissance à partir de cas individuels. Le malade n'est plus le sujet de sa maladie, il est l'exemple où s'inscrit de l'universel. [...] La réunion d'une multiplicité de maladies dans un même lieu permet à travers l'observation continue et comparée des individus d'instaurer de nouveaux *codes de savoir* qui permettront de constituer une « protoclinique » »⁹⁹⁶.

L'objet de cette section se situe en quelque sorte en amont de l'analyse foucauldienne, et le

994 (1748-1794), anatomiste, médecin et réformateur médical français. cf. l'excellente notice biographique rédigée par Rafael Mandressi sur le site de la Bibliothèque Inter-Universitaire de Santé : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/vicq.htm> déjà cité note 35 p.15.

995 Panckoucke 1812, p.42,art. "abus", vol.1 cité par Foucault 2003 [1963], p.63 qui a manifestement amputé la citation sans en faire mention.

996 Lecourt, Delaporte, Pinell, et al. 2004, p.576 art. Histoire de l'histoire de la médecine.

2 Les règlements d'admission : La création des malades

propos de Vicq d'Azyr nous sert ici à rappeler une évidence : pour que les hôpitaux délivrent leurs leçons, encore fallait-il qu'ils soient peuplés de malades. Sans malades, point de « maladies » à observer et traiter, point de « maux » à écrire, point d'« affections » à découvrir. Or cette évidence ne devint vérité qu'au terme d'âpres et constants efforts.

Cette problématique hospitalière, devenue fondamentale à partir du moment où la médecine « s'hospitalisait »⁹⁹⁷, était reconnue comme telle par les contemporains. Elle l'est toujours aujourd'hui par les historiens de la médecine. On a vu les cinq principes dont l'application explique, pour E.H. Ackerknecht, la survie des hôpitaux et leur institution en « temple de la médecine » pendant et après la Révolution, alors qu'ils étaient si critiqués durant la seconde moitié du XVIII^e siècle⁹⁹⁸. Nous allons nous pencher dans la partie présente sur deux d'entre eux, qui nous semblent intimement liés et lourds de conséquences :

2) Établissement d'une nette démarcation entre les institutions strictement médicales (hôpitaux), les institutions philanthropiques (destinées aux orphelins, aux vieillards, etc., qui, après 1808, prendront le nom d'« hospices », distincts des hôpitaux), et les prisons (par exemple La Pitié, Charenton, La Salpêtrière). Mais, alors que La Salpêtrière vit disparaître sa section carcérale en 1795, Bicêtre allait conserver la sienne jusqu'en 1836, comme le savent tous ceux qui ont lu *Les Misérables*⁹⁹⁹. [...]

5) Mainmise de l'Etat sur les hôpitaux et centralisation de leur administration, ce qui permit de disposer d'hôpitaux beaucoup plus importants que ceux que pouvaient entretenir des organismes privés. »¹⁰⁰⁰

Pour reprendre les mots de Bichat, qu'a-t-il fallu pour que les hôpitaux d'Ancien Régime, et notamment l'Hôtel-Dieu, « vaste abîme où allait auparavant se perdre la foule des malades, inutiles à l'art et ignorée des artistes [...] devint un dépôt ouvert de toute part à

997 cf. 1.3.2 L'hôpital : une institution en voie de médicalisation ?

998 cf. p.200 : amélioration et agrandissement des anciens hôpitaux ; distinction hôpitaux/hospices ; construction de nouveaux hôpitaux ; transformation de couvents en hôpitaux ; étatisation et centralisation de l'administration hospitalière.

999 Et Delamare & Delamare-Riche 1990.

1000 Ackerknecht 1986, p.32.

2 Les règlements d'admission : La création des malades

l'observation » ?¹⁰⁰¹

C'est de cela qu'il sera question ici : comment l'administration hospitalière « développa une politique cohérente et amalgama pratiques traditionnelles et innovation créative »¹⁰⁰² pour réserver certains de ses établissements aux malades à l'exclusion de toute la masse indigente ayant besoin de secours, fournissant du même mouvement sa « matière première » à la médecine clinique, en gardant constamment à l'esprit « l'idée d'une interaction entre la sphère productive et le secteur hospitalier [et que] l'institution hospitalière n'est plus à analyser comme une structure à part, mais plutôt comme une entité façonnée par le système économique et social et conforme à ses objectifs »¹⁰⁰³.

2.1 L'indigent malade et l'indigent valide : typologie des « malheureux », typologie des établissements.

DÉCIDER LA SÉPARATION formelle des hôpitaux et des hospices fut une des premières mesures prise par le CGH. Ceci appelle une précision sémantique : dans le vocabulaire, les termes restèrent longtemps mal définis et interchangeables. L'Ancien Régime distinguait hôtels-Dieu, hôpitaux généraux et charités (qui se confondaient souvent

1001 Bichat 1801, pp.22–23.

1002 Pour reprendre la formule de Weiner 1993, p.133 « The Hospital Council of the Seine developed a coherent policy and amalgamated traditional practices with creative innovation to keep the citizen-patient out of the hospital. », avec deux remarques : la première est que Dora Weiner, en « amalgamant » à son tour le Conseil de Salubrité de la Seine et le Conseil Général des Hospices de Paris fait une légère erreur terminologique ; la seconde, plus fondamentale, et que nous verrons que le CGH n'a pas cherché à maintenir le « citoyen-patient » étudié par Weiner en dehors des hôpitaux, mais à en faire une typologie et à en maintenir *une partie* hors des hôpitaux.

1003 Domin 1998, p.63.

2.1 L'indigent malade et l'indigent valide : typologie des « malheureux », typologie des établissements.

avec les précédents), les vocables « hospice » et « hôpitaux » pouvant désigner les uns ou les autres. Ainsi, pour Guyot, l'hôpital est une « maison fondée et destinée pour recevoir les pauvres, les y loger, les nourrir, les traiter par charité »¹⁰⁰⁴. Camille Bloch semble voir dans l'Encyclopédie méthodique une des premières tentatives de définition différenciée¹⁰⁰⁵, tout en indiquant que « la distinction établie par le rédacteur de l'Encyclopédie était plus théorique que réelle » et que assez couramment hospice semble avoir signifié un « petit hôpital de paroisse » et hôpital un « grand établissement ouvert à tous les malades et à toutes les maladies ». Il précise que c'est le sens que Tenon attribue à chacune des expressions, ajoutons qu'il en est de même pour Cabanis¹⁰⁰⁶. En fait, sous la Convention et le Directoire, toutes les maisons de bienfaisance avaient été dénommées « hospices », mais en pratique, le terme hôpital réapparaît pour désigner les maisons qui accueillent des malades, le vocable étant réservé à celles destinées aux vieillards et aux infirmes. Il faut attendre le 7 août 1851 pour que ces dénominations soient officiellement consacrées par la loi¹⁰⁰⁷. Le vocabulaire se clarifie progressivement dans les sources au cours de la première décennie au XIX^e siècle, et si le rapport de Camus sur les Hospices traite en son titre II des « Hospices destinés aux maladies »¹⁰⁰⁸, celui de Pastoret, publié quinze ans plus tard, commence la section sur les hôpitaux par ces mots : « Commençons par faire connoître les établissements consacrés aux malades, et que nous désignons plus particulièrement par le nom d'*Hôpitaux*, comme nous appliquerons plus particulièrement celui d'*Hospices* aux établissements consacrés à l'enfance, à la vieillesse, ou à des infirmités qui ne sont pas susceptibles de guérison. » Nous traiterons

1004 Bloch 1974 [1908], p.58.

1005 Bloch 1974 [1908], p.59.

1006 Cabanis 1790, p.3 qui présente ses « Observations sur les hôpitaux » comme « l'exposé rapide des principaux motifs qui doivent faire préférer les hospices aux grands hôpitaux. »

1007 Imbert 1982, p.337. Loi dont l'article 1 traite des hôpitaux et l'article 2 des hospices. Les petites structures furent réticentes à cette dissociation, il fallut la rappeler dans la circulaire ministérielle du 15 décembre 1899, portant règlement-type des hôpitaux et hospices.

1008 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.26.

2.1 L'indigent malade et l'indigent valide : typologie des « malheureux », typologie des établissements.

extensivement dans les pages qui suivent des règlements de vendémiaire et frimaire an X, qui fixent les admissions pour les hospices et les hospices de malades respectivement, les seconds désignant naturellement nos « hôpitaux » contemporains.

Ces précisions linguistiques étant faites, et avant d'entrer dans le cœur de l'argument, il nous faut préciser que la « construction » du patient hospitalier n'est pas une exclusivité du début du XIX^e siècle. Colin Jones l'a déjà abordé, pour le XVIII^e siècle avec Lawrence Brockliss dans *The Medical World of Early Modern France*¹⁰⁰⁹, et plus en détail, seul, dans un chapitre de *Institutions of Confinement*¹⁰¹⁰. Dans les pages qui suivent, nous nous appuyerons essentiellement sur ces deux références afin de fournir un contexte historique un peu plus large à l'ensemble de cette section.

M. Foucault¹⁰¹¹ et E. H. Ackerknecht¹⁰¹² insistent sur l'impact de l'anatomo-clinique inaugurant une « médecine hospitalière » basée sur l'expérimentation clinique, l'autopsie et les statistiques médicales. À les en croire, à la fin du XVIII^e siècle, l'hôpital s'était transformé en un nouveau type d'institution, dans laquelle les admis étaient appréhendés par la science médicale comme des « patients », qui étaient plus systématiquement soumis aux médecins. Or C. Jones montre bien que la construction du patient hospitalier est un processus plus varié et plus long.

1009 Brockliss & Jones 1997, chap.11 D : Constructing the Hospital Patient.

1010 Jones 1996a.

1011 Foucault 2003 [1963].

1012 Ackerknecht 1986.

2.1 L'indigent malade et l'indigent valide : typologie des « malheureux », typologie des établissements.

Tout d'abord et sans grande surprise il est inévitable de mentionner l'influence de la médecine militaire dans ces évolutions. L'hospitalisation de militaires dans des hôpitaux civils contre prix de journée, pratique répandue depuis les années 1730 ou 1740 et qui connut un développement considérable à la fin de l'Ancien Régime entraîna une immixtion accrue de l'État dans ces établissements qui se voyaient traités « sur le pied militaire ». Les règles martiales concernant la fréquence des visites, la séparation des blessés, fiévreux et convalescents entraînant une réorganisation de nombre d'institutions vers des salles plus petites, et des services plus efficaces. Comme l'écrit Colin Jones : « Dans une large mesure, on peut voir dans les hôpitaux militaires un des lieux primordiaux dans lequel le patient hospitalier fut construit en tant que patient au cours du XVIII^e siècle, longtemps avant la « naissance de la clinique » dans les années 1790. »¹⁰¹³

Et il est certainement vrai que

« L'influence militaire sur les hôpitaux civils changea subtilement la nature des relations dans ces institutions. Dans l'hôpital traditionnel, dont les valeurs avaient été rénovées par la piété de la Contre-Réforme, les admis étaient des pauvres traités par esprit de charité, et les remèdes à leurs maladies étaient vus de manière spirituelle autant que matérielle. Sous l'égide des militaires, à l'inverse, les admis étaient perçus de façon plus fonctionnelle et thérapeutique : ils étaient là uniquement parce qu'ils étaient malades, et l'institution avait pour but d'améliorer leur état à travers des soins médicaux dirigés par des médecins et chirurgiens formés, dans un environnement sain. »¹⁰¹⁴

1013 Jones 1996a, p.69 « To a considerable extent, we may see in military hospitals one of the prime sites in which the hospital patient qua patient was constructed over the eighteenth century, long in advance of the « birth of the clinic » in the 1790s. Their overtly functional orientation made it more likely that their inmates were more truly sick than might be the case in civilian hospitals ». Et Jones de rappeler l'obligation faite dès 1747 à tous les médecins des hôpitaux militaires de faire des cours anatomiques basés sur des dissections ou la création en 1775 d'amphithéâtres de cours dans les hôpitaux militaires de Metz, Lille & Strasbourg. Mais il n'est pas question ici de discuter les emprunts de la médecine du XVIII^e et XIX^e aux pratiques militaires. Sur cette question on pourra se reporter entre autres, pour la période qui nous occupe, à Huard & Grmek 1970.

1014 Brockliss & Jones 1997, p.702 « The military influence on civilian hospitals subtly shifted the nature of relationships within these institutions. In the traditional hospital, whose values had been refurbished by Counter-Reformation piety, inmates were paupers treated out of a spirit of charity, and remedies for their sickness were viewed in a spiritual as well as a material light. Under the aegis of the military, in contrast, a more functionally therapeutic perception was targeted at inmates: they were there solely because they were sick, and the institution aimed to make them better through medical care supervised by trained physicians and

2.1 L'indigent malade et l'indigent valide : typologie des « malheureux », typologie des établissements.

En outre, et de façon plus structurelle, la définition du « malade », comme toute définition, s'est faite au moins autant négativement que positivement. Il ne s'agit pas seulement d'une nouvelle manière de *voir* les hospitalisés comme source de savoir, d'un rapport nouveau aux corps comme media de la pathologie, versant positif de ce processus de définition. Il s'agit aussi d'examiner l'extension et les détails des moyens par lesquels les hôpitaux façonnèrent les malades autant – voire plus – par exclusion que par inclusion.

Ainsi, il est bien connu que les contagieux (notamment les lépreux, pesteux et syphilitiques), ainsi que les « insensés » étaient traditionnellement écartés des institutions charitables. De même, le renouveau des ordres hospitaliers au XVII^e siècle, s'il contribua très largement à l'augmentation du nombre d'hôpitaux dans le royaume¹⁰¹⁵, renforça également l'exclusion de certaines catégories de pauvres (contagieux, vénériens et parturientes surtout).¹⁰¹⁶

Historiquement, si il y eut une mesure qui eut un impact précoce sur la médicalisation des hôpitaux parisiens d'Ancien Régime, ce fut bien moins les efforts du Bureau en ce sens qu'une mesure nationale dont ce n'était pas du tout la finalité : la création des hôpitaux généraux¹⁰¹⁷. Ainsi, pour Jones, « la création d'un réseau national d'hôpitaux généraux eut cependant un impact majeur sur la médicalisation des hôpitaux – en particulier ceux des grandes villes – qui ne prirent pas part au *Grand Renfermement*. Les Hôtels-Dieu étaient maintenant libérés de leur obligation envers une large variété de types de souffrances et devinrent plus associés aux

surgeons in a disease-free environment. »

1015 cf. par ex. Martineaud & Cordier 2002, pp.51 & sq.

1016 Jones 1996a, pp.61–64.

1017 En 1656 pour Paris, généralisé à l'ensemble du royaume en 1662. cf. supra p.16 note16, et p.43.

2.1 L'indigent malade et l'indigent valide : typologie des « malheureux », typologie des établissements.

maladies curables. »¹⁰¹⁸ Si l'on suit Jean Imbert, cette affirmation doit être nuancée. Pour lui, le Grand Renfermement, en réintégrant les mendiants dans les hôpitaux, a au contraire ralenti la médicalisation¹⁰¹⁹. Il faut probablement voir là une question de capacité : dans les faits, et en particulier à Paris où la répression contre les mendiants fut la plus sévère, le nombre de personnes détenues excéda régulièrement les capacités des hôpitaux généraux et plus tard des dépôts de mendicité, forçant leur réintégration dans les hôpitaux. Mais dans l'absolu, la création des hôpitaux généraux favorisa, à moyen et long terme, la médicalisation et l'apparition de la figure du patient hospitalier dans la mesure où elle permettait de distinguer dans deux institutions séparées pauvres et pauvres malades.

La médecine clinique hospitalière avait besoin, pour se développer, de trouver des malades dans les hôpitaux. Elle y parvint, mais au terme d'évolutions longues, impliquant une multitude de dynamiques. Une fraction d'entre elles – qui sont l'objet des sections qui suivent – relèvent de l'administration. Et le CGH jouissait précisément d'un avantage sans précédent de ce point de vue : il était la première institution à gérer hôpitaux, hospices et secours à domiciles, soit l'ensemble des systèmes d'assistance de la capitale. Il était donc dans une situation particulièrement privilégiée pour classer les besoins et créer des typologies de malades et d'établissements.

1018 Jones 1996a, p.62 « The creation of a nationwide network of *hôpitaux généraux* did however have a major impact on the medicalization of those hospitals – particularly those in the cities – which remained outside the framework of the Great Confinement. *Hôtels-Dieu* were now shorn of their commitment to a wide variety of types of suffering and become more identified with curable sickness »

1019 Imbert 1982, chap.L'enfermement à l'âge classique: XVIIe et XVIIIe siècles.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

2.1.1.1 *Condition de possibilité pour la médecine clinique ...*

C'est en 1602 que Marie de Médicis crée l'hôpital de la Charité, inspiré des Frères Saint-Jean de Dieu en Italie, que les historiens considèrent usuellement comme le premier hôpital français destiné exclusivement aux malades et conséquemment comme le premier « hôpital moderne »¹⁰²⁰. Les conditions sont exceptionnelles : un seul malade par lit, 90 personnes revêtues de la livrée royale pour s'occuper de 200 malades, la visite quotidienne d'un médecin. On y voit également apparaître les premiers infirmiers, souvent enfants élevés dans la maison et formés à ce rôle. Tous les malades et blessés masculins sont admissibles (sauf les contagieux, les vénériens et les incurables), même si les chirurgiens se spécialisent en urologie et ont bonne réputation pour la maladie de la pierre. Ce qui a fait la « modernité » et la renommée de l'hôpital de la Charité, c'est bien qu'il soit réservé aux malades. Voilà qui suffit très largement à expliquer que ce soit en ces murs que fut créée la première clinique médicale de France, conçue comme un « perfectionnement » des hôpitaux « présentant aux recherches, non seulement de vastes collections de malades que le hasard réunissait, mais des collections de maux choisis, graves, rares, peu connus »¹⁰²¹ et que nombre de médecins promus à la célébrité y firent leurs premières armes comme chirurgiens-majors : Sue, Desault ou Corvisart.

L'apparition de l'hôpital « moderne », distinct de l'hospice, tout comme celle de la médecine s'y pratiquant restait donc subordonnée à une forme de « tri », à une séparation

1020 « La "Charité des hommes" peut être considéré comme le premier hôpital moderne » Imbert 1993, p.155

C'est par cet hôpital que Tenon commence son second mémoire sur les hôpitaux de Paris parce que c'est le « plus parfait » Tenon 1788, p.26.

1021 Jourdan 1837, p.38.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

entre les malades et la foule des nécessiteux ne pouvant plus subvenir à leurs besoins, entre *malades* et *valides* pour reprendre les termes de l'époque¹⁰²².

C'est aussi un réquisit de l'apparition de cette médecine « moderne »¹⁰²³ qu'est la médecine clinique du début du XIX^e siècle. Dans l'examen du processus de séparation entre malades et miséreux, en général baptisé « médicalisation » on s'arrête très (trop) souvent à trois facteurs concomitants : le développement de l'anatomo-clinique ; la nouvelle destination qui est faite à l'hôpital dans les lois de 1794 et de 1803 sur les études médicales ; le besoin de reconnaissance professionnelle d'une élite de médecins ; ces trois facteurs surdéterminant une subséquente « médicalisation de l'hôpital ». Les mandarins héritiers de Desault et Desbois de Rochefort devenant chefs de service, il leur fallait des malades dans les hôpitaux pour corréler signes et lésions et justifier d'une expérience particulière attirant la rare clientèle solvable des villes. L'État investissant le champ sanitaire, et prescrivant la pratique clinique dans le cursus médical, il fallait que les hôpitaux fournissent les malades requis aux leçons¹⁰²⁴. Patrice Pinell, dans un article au demeurant tout à fait remarquable, illustre parfaitement cet enchaînement qui, pour être fondé, est assurément trop elliptique :

« L'attribution à l'hôpital de ces nouvelles fonctions [« pôle de production scientifique de la médecine anatomo-clinique », « fonction d'enseignement », « hiérarchisation des docteurs en médecine »] accentue la division du travail et polarise l'espace hospitalier selon une logique d'opposition entre activités médico-scientifiques et assistance. À un pôle, les hôpitaux « généralistes » (dont les plus prestigieux accueillent les chaires de clinique), à l'autre, les hospices pour valides non médicalisés (orphelinats, maisons de retraite) »¹⁰²⁵

1022 cf. par ex. l'arrêté du 6 germinal an X mentionné p.344.

1023 Pour reprendre l'adjectif de Bernard, Lemaire & Larcan 1995 que Faure 1981 applique précisément aux hôpitaux de la période.

1024 Sur les lois de 1794 et 1803 voir supra p.15 note 36.

1025 Pinell 2009, p.323.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

Tout ceci est fort exact, mais c'est passer un peu vite de la cause à l'effet et oublier, il nous semble, un maillon central : l'hôpital lui-même, partagé entre ses fonctions anciennes et nouvelles, dirigé non pas par des médecins mais des bourgeois et des notables, répondant à des logiques et des finalités qui ne sont pas toutes homogènes à celles de l'anatomo-clinique. Avant la médicalisation de l'hôpital devait avoir lieu sa « pathologisation ». Et si elle servit des objectifs sanitaires, si elle se fit en partie sous la pression d'injonctions sanitaires, ses critères ne l'étaient pas tous pour autant.

Sans ignorer les problématiques épistémologiques distinctes qui structurent cette discipline, il nous semble possible de nous appuyer sur les analyses de Robert Castel montrant l'importance des règlements d'admission dans la constitution de la psychiatrie comme discipline et pratique spécifique et autonome. « Problème apparemment limité et technique que celui des admissions[...], placé à la charnière du dedans et du dehors et commandant l'accès au statut de malade. »¹⁰²⁶ Mais le dispositif qu'il présente pour solutionner ce « problème technique » commandant « l'accès au statut de malade » n'a rien de spécifique au champ psychiatrique :

« Le Conseil supérieur des hospices de Paris [...] est ainsi amené à prendre en charge la situation. Il va mettre progressivement en place une procédure parallèle qui donnera la prépondérance aux médecins. Dès 1802 apparaît nettement un rôle du certificat médical qui n'est pas seulement le diagnostic d'un technicien, mais l'attestation d'un expert qui décide de la carrière officielle d'un individu »¹⁰²⁷

1026 Castel 1976, p.168.

1027 Castel 1976, p.170. Il poursuit en indiquant que les procédures pour les aliénés prévoient leur admission par le Bureau Central d'Admission sur avis de deux médecins. Nous verrons que le passage par le Bureau Central d'Admission et l'avis médical est, réglementairement, la norme pour *toutes* les admissions.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

Certes, la construction du malade hospitalier est assez différente de celle du malade mental étudié par Foucault dans *L'Histoire de la folie* ou par Castel dans *L'ordre psychiatrique*. Alors que le second est largement le produit d'institutions d'enfermement (hôpitaux généraux puis hospices d'aliénés), le premier est le fait d'institutions qui luttèrent pour rester charitables¹⁰²⁸. Et encore une fois sans sous-estimer la relation très particulière qu'entretenait la psychiatrie naissante avec l'espace de sa pratique, où l'environnement géographique et le rythme de vie imposé par l'institution sont des moyens premiers de son exercice, faisant de l'hôpital (l'institution comme le bâtiment) la ressource essentielle du traitement moral – toutes choses sur lesquels R. Castel a bien insisté – il ne nous semble pas inapproprié de reprendre ses analyses sur la définition du malade par sa prise en charge. D'abord, comme nous venons de le signaler, nombre de mécanismes décrits par Castel n'appartiennent pas en propre au traitement des malades mentaux, ensuite l'expression de « machine à guérir » pour désigner les hôpitaux n'est pas attribué à un aliéniste¹⁰²⁹ et ne visait pas spécifiquement les établissements psychiatriques. Enfin, Isabelle von Bueltzingsloewen a bien montré, dans le contexte allemand, l'importance qu'avait eu les dispositions de sélection des malades et des maladies admissibles dans les hôpitaux et les cliniques hospitalières dans les développements médicaux les plus prestigieux de la médecine outre-Rhin¹⁰³⁰.

Castel met ainsi l'internement au centre de l'apparition de la figure de l'aliéné : « Un aliéné n'est pas seulement un malade, même mental, c'est quelqu'un qui *doit être interné*. Inversement, un malade qui ne relève pas de l'internement n'est pas à proprement parler un malade mental, ou, en tout cas, il ne relève pratiquement d'aucune technique psychiatrique d'intervention. *Intervenir, c'est interner.* »¹⁰³¹

1028 Jones 1996a, p.72.

1029 Jacques Tenon, rappelons-le, était chirurgien de formation.

1030 cf. Bueltzingsloewen 1997, pp.209–223.

1031 Castel 1976, p.253 Il poursuit (p.254) en indiquant que le corolaire pose problème à l'aliéniste : on risque d'être amené à définir a contrario des profils pathologiques comme normaux parce qu'ils n'entrent pas dans

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

Parce que la sélection des objets du soin est partie prenante du statut qu'on donne à ce dernier, la relation entre la population cible de la médecine et sa position épistémologique est à double sens : si la théorie qui rend des individus singuliers justiciables de pratiques thérapeutiques identiques s'effrite, alors le fondement même de la réunion de ces individus devient problématique. *A contrario*, si on se met à questionner les points communs entre ces individus, qui justifient leur présence dans un même bâtiment, alors l'existence même de la pratique qui préside aux finalités de l'établissement qui les regroupe est en jeu.

« Faire de l'asile un espace médicalisé suppose une homogénéité de l'aliénation mentale à partir de laquelle la classification ne sépare que des sous-espèces de folie [...]. Or un bouleversement profond de la conception de la maladie mentale mine cette représentation d'un ordre indissociablement spatial (l'étalement dans l'espace hospitalier) et théorique (les classifications nosographiques). Si le concept d'aliénation éclate, l'asile risque de ne juxtaposer que des populations hétérogènes, malades et « non-valeurs sociales » de toutes sortes. Il risque d'être comme une nouvelle version de l'ancien Hôpital général, dans lequel l'efficacité médicale se perdrait face à l'indifférenciation de ces groupes qui n'auraient plus comme trait commun que d'être des reclus. »¹⁰³²

Pour Castel, la médicalisation de la folie se fait par la place prise par le médecin dans son traitement. Il fait remonter l'expertise médicale dans le domaine à l'Inspection générale des Hôpitaux de Doublet et Colombier¹⁰³³, qui mettent en relation le projet de médicalisation et le réaménagement de l'espace d'enfermement, et « ne se contentent pas d'autonomiser cette partie de l'espace clos afin que le médecin puisse s'y tailler une place. Ils proposent de subdiviser ce quartier spécial en fonction des types de comportement pathologiques, posant

le moule de l'internement. Et Castel d'indiquer que si l'institution est au cœur de la psychiatrie, un des principaux défis théorique qu'elle va affronter au XIX^e siècle sera de s'affranchir partiellement de l'asile pour élargir ses revendications territoriales.

1032 Castel 1976, p.275.

1033 Et à leur rapport sur les insensés qu'il qualifie de « première reconnaissance par le pouvoir d'état d'une compétence spécialisée »

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

ainsi le principe de base de la technologie asilaire »¹⁰³⁴ tout en faisant remarquer que les innovations et les projets, en France comme en Angleterre, ne concernent que les fous curables¹⁰³⁵. Or, ni la place du médecin, ni la division spatiale, ni l'insistance sur les curables ne sont propres à la médecine aliéniste, comme nous allons le voir.

Et quand Pinel lui-même, éminent praticien de cette médecine « moderne », exposa les bienfaits de la classification des malades – et indirectement de la typologie des établissements – il le fit non pas dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la Manie*, mais bien dans sa *Médecine clinique* : il s'y réjouit des améliorations faites depuis deux ans dans la Salpêtrière en général, et pas seulement dans la division des aliénées et donne « une notice succincte des principaux objets de cette réforme » qu'il réduit à « quatre points principaux ». Celui qui vient en tête¹⁰³⁶, c'est « l'ordre général établi dans la distribution des infirmes » :

« Renvoi des enfans et des jeunes filles dans des hospices consacrés aux orphelins ; éloignement des sexagénaires, maris et femmes, sous le nom de *ménages*, qu'on ne devoit plus souffrir dans un hospice uniquement consacré aux femmes ; distribution générale du même hospice en plusieurs divisions, suivant l'âge, les infirmités ou les maladies chroniques, et isolement par conséquent des filles dans l'âge adulte qui sont propres au travail, des septuagénaires, des personnes réduites au repos après une longue suite d'années de service, des paralytiques, des épileptiques, des aliénées, des femmes attaquées de cancer sous le nom d'*incurables*, chacune de ces divisions ayant ses corps de logis propres et ses cours séparées [...] Que de témoignages authentiques d'un ordre général et invariable établi désormais dans un lieu où régnoient autrefois des abus sans nombre et une confusion extrême ! »¹⁰³⁷

Castel, reprenant ces propos de Pinel peut écrire que son

1034 Castel 1976, p.63.

1035 Castel 1976, p.65.

1036 Avant le « Choix et préparation des alimens », les « Travaux de la buanderie régularisés selon les lois les plus saines de la physique, et isolés dans un local particulier » et la « Réforme générale dans les objets de la propreté et de la salubrité de l'hospice »

1037 Pinel 1804, p.xxix–xxx.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

« acte fondateur [à Pinel] n'est pas l'enlèvement des chaînes aux aliénés, mais cet ordonnancement de l'espace hospitalier [... par lequel] les catégories mêlées du renfermement se trouvent redéployées en autant de raisons qu'il y a de devenir un assisté : pauvreté, vieillesse, solitude, abandon par les parents, maladies diverses. Décantée de ces complicités nouées par l'universalité du malheur, la catégorie folie se détache alors dans sa spécificité. Et elle est, de fait, devenue une maladie »¹⁰³⁸

Si nous entendons bien qu'elle s'appliquent avec plus de force à la folie, il ne nous apparaît pas de raison évidente pour laquelle les lignes qui précèdent s'y appliquerait *exclusivement*. Par cet ordonnancement de l'espace hospitalier dont parle Castel, *toute* pathologie se trouve distinguée des autres raisons qu'il y a de devenir un assisté et voit mise en lumière sa spécificité. Pour que la folie devienne une maladie, il fallait que *comme les autres maladies*, l'hôpital la distingue de la « pauvreté, vieillesse, solitude, abandon par les parents », il fallait que la pathologie mentale ait cela en partage avec toute pathologie¹⁰³⁹. Alors elle est, de fait, devenue une maladie *spécifique*.

Et Castel de présenter une des conséquences du mouvement antipsychiatrique, un siècle et demi après la période qui nous intéresse comme l'exacte réplique de ce que nous allons étudier dans les pages qui suivent. Pour lui, quand dans les années 1960 on commença à accuser l'hôpital psychiatrique d'être un nouvel hôpital général, un premier mouvement s'attacha à recomposer l'espace asilaire pour en faire un espace vraiment médical. Pour ce, « il [fallait] débarrasser l'asile des chroniques, des séniles, des indigents qui s'y glissent encore, des épileptiques, des alcooliques, des aliénés criminels, etc. Donc, dissocier enfin la médecine scientifique de l'assistance, et ne garder que les « vrais » malades, que l'on pourra alors traiter

1038 Castel 1976, p.89.

1039 Au risque de l'insistance, nous devons préciser ici qu'il n'est pas présentement question de réfuter ou de soutenir l'idée que cet « ordonnancement de l'espace hospitalier » ait été plus consubstantiel à la maladie mentale qu'aux autres pathologies, et donc que l'asile ait joué un rôle épistémologique plus important dans la définition de l'aliénation que l'hôpital dans celle des autres pathologies. Il s'agit juste de dire que ce processus joua un rôle dans les deux cas, sans préjuger de son poids ici ou là.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

intensivement. »¹⁰⁴⁰ Autrement dit, reproduire ce que Pinel avait porté au crédit du CGH cent soixante ans plus tôt, et ce qui avait fait de la Charité le premier « hôpital moderne » trois siècles et demi auparavant¹⁰⁴¹. Le processus n'a naturellement rien de parisien stricto-sensu. Olivier Faure l'a décrit pour les Hospices Civils de Lyon, facilité là aussi par la taille de l'institution et sa tutelle sur plusieurs établissements :

« Si les médecins sont loin d'établir leur autorité absolue sur les hôpitaux [...], ils contribuent à y renforcer les principes de ségrégation de population. [...] Soucieux de ne garder sous leur coupe que des malades cliniquement intéressants, les médecins réclament le départ des salles des assistés, des incurables, des chroniques. Relativement positif à Paris (création de *l'hôpital des enfants malades* en 1802) le processus montre son caractère d'abord négatif dans des villes de moindre importance. À Lyon, entre 1840 et 1870, les Hospices Civils (dénomination administrative) ouvrent successivement un hospice d'incurables, puis un hospice de convalescents. Loin de correspondre à une efficacité croissante de la médecine hospitalière, ces créations ont pour but avoué d'exclure des salles du prestigieux Hôtel-Dieu, tous les chroniques qui encombrant les salles et empêchent les médecins de révéler pleinement leur efficacité. »¹⁰⁴²

Il était donc nécessaire à la médecine clinique qu'elle trouve son objet, que soient séparés « malades » et « infirmes », et que soient distinguées, parmi les malades, les différentes affections. Convergence là encore car « Une des premières occupations du Conseil, fut de classer les Hopitaux et Hospices, et de donner à chacun une destination particulière. »¹⁰⁴³

Nécessité encore et toujours reconnue par un médecin – Ulysse Trélat¹⁰⁴⁴ – et un

1040 Castel 1976, p.284.

1041 cf. p.287.

1042 Faure 1994, p.93.

1043 AAP 1M1, *Comptes généraux de l'an XI à 1807*, p.xvij.

1044 Ulysse Trélat (1828-1890), docteur en médecine, professeur à la Faculté de Médecine de Paris (2e chaire de pathologie externe en 1872-1880, 2e chaire de clinique chirurgicale à Necker en 1880-1884, 3e chaire de clinique chirurgicale à la Charité en 1884- 1890), chirurgien du Bureau central en 1860, chirurgien des hôpitaux en 1864. À ne pas confondre avec son père, Ulysse Trélat (1795-1879) aliéniste, médecin de la Salpêtrière, libéral, député du Puy-de-Dôme puis éphémère ministre des travaux publics en 1848. cf. Huguet 1991.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

administrateur – A. Husson¹⁰⁴⁵ – sept et six décennies plus tard.

Le premier expliquera que le principal problème du système hospitalier parisien réside en ce que tout le monde vient y chercher du secours,

« les uns surtout malades, les autres avant tout misérables. Il y a longtemps que nous avons signalé le fâcheux effet de cette ambiguïté de but que poursuivent nos hôpitaux. Nous avons montré¹⁰⁴⁶ que le secours à la misère gêne, trouve et compromet souvent le secours à la maladie, qu'il ne faut point confondre ces deux malheurs sollicitant l'un et l'autre, mais à des titres divers, l'assistance charitable ; qu'à les confondre on risque de ne bien secourir ni l'un ni l'autre, et que, dans d'autres pays, en Angleterre par exemple, on a fait le *workhouse*¹⁰⁴⁷ pour le malheureux, malade ou non, et l'hôpital exclusivement pour le malade. »¹⁰⁴⁸

Le second qualifie le classement des malades par nature d'affections ou catégorie d'âge comme ce qui importe le plus après l'espacement des lits et la division des sexes¹⁰⁴⁹. Une fois le partage inter-hospitalier fait entre malades et valides, la classification pouvait se poursuivre à une échelle intra-hospitalière entre les différentes pathologies, médicales et chirurgicales, placées dans des salles distinctes. Nous ne nous occuperons pas ici de cette affectation des salles, pour nous concentrer sur ce premier tri, inter-hospitalier¹⁰⁵⁰.

1045 Armand Husson (1809-1874), économiste, est nommé directeur de l'Assistance Publique en 1859 et élu membre de l'Académie des sciences morales et politiques et de l'Académie de médecine en 1863. Il n'a pas de liens avec Henri-Marie Husson (1772-1853), secrétaire général du comité central de vaccine, médecin de l'Hôtel-Dieu en 1806, membre, lui aussi, de l'Académie de médecine.

1046 Il fait référence ici et dans sa phrase précédente à Trélat 1866, où il expose qu'en confondant les missions d'assistance et de soin, on porte préjudice aux « vrais clients de l'hôpital atteints de maladies sérieuses pour lesquelles ils viennent demander à la bienfaisance et à l'art la guérison la plus prompte, l'intervention la plus décisive, les meilleures chances de retour à la vie active » (p.340). Sur cette dernière fonction de l'hôpital, cf. infra, section 2.1.2.2 p.322.

1047 Sur les immenses « bienfaits » du système des *workhouses* pour les malheureux anglais, écossais et irlandais, on pourra par ex. consulter Geremek 1997 en particulier pp.277-279 et surtout le grand classique de Karl Polanyi : Polanyi 1983, notamment pp.291 & sq.

1048 Trélat 1877, p.5.

1049 Husson 1862, p.114.

1050 On peut se reporter aux *Observations sur les hôpitaux* de Husson, pages 114-123, où il expose clairement les recommandations de Tenon et du rapport de l'Académie des sciences sur le remplacement de l'Hôtel-Dieu en faveur de l'affectation des salles, que ce soit pour les contagieux, les vénériens, les blessés, etc (rappelons ici qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris, les malades médicaux et chirurgicaux étaient traditionnellement séparés) : « Le plus grand des inconvénients est de ne pouvoir qu'exclure certaines maladies, sans pouvoir les distinguer et les séparer. Ici, elle sont toutes reçues et toutes classées ; chacune aura son département fermé s'il le faut » (troisième rapport de l'académie des sciences, p.30, cité par Husson 1862, p.118, en note qui détaille les efforts du CGH en ce sens (pp.121-122) tout en indiquant que « Ces améliorations étaient sérieuses sans

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

2.1.1.2 ... et acte administratif

Ce tri « princeps », il fut bel et bien une des priorités du CGH, mais pour des raisons non-exclusivement médicales :

« Une classification nouvelle des Hospices a été un de nos premiers travaux, rapporte Pastoret en 1816¹⁰⁵¹. Les maladies, les sexes, les âges, les besoins ont cessé d'être confondus ; et dans les grands établissements où diverses infirmités subsistent encore, on les a du moins isolées les unes des autres par tous les moyens que l'administration avoit en son pouvoir. La confusion des maladies surtout rendoit les communications plus dangereuses, les observations médicales plus difficiles à recueillir, la police et la discipline intérieure moins aisées à établir par des moyens d'un effet également sûr et prompt »¹⁰⁵²

Grands espoirs que ceux que fondent Pastoret sur la classification des hospices : elle doit

doute, et bien qu'elles fussent les seules que la disposition des bâtiments pût alors permettre, elles étaient isolées et incomplètes : aussi, ni les chefs du service de santé, ni le Conseil lui-même ne se faisaient d'illusions à cet égard. » (p.123) Dès le premier Règlement du service santé les contagieux, patients chirurgicaux et convalescents se voient prévoir des salles séparées : « Il y aura des salles séparées pour les maladies susceptibles de se propager par communication et pour les convalescents. » (art.50) « Dans les cas de malades contagieuses, les officiers de santé veilleront à ce que les malades qui en seront atteints soient séparés des autres avec soin, et ils prescriront tous les moyens de désinfection. Si l'espèce de la contagion était de nature à se répandre épidémiquement et à menacer la santé publique, ils en informeraient, sans délai, l'Administration et se concerteraient entre eux pour les secours les plus prompts à employer. » (art. 110). Quand à la prescription qu'« Il y aura dans chaque hospice une salle particulière destinée aux opérations ; cette salle sera disposée de manière que le chirurgien et les aides qui concourent à l'opération ne soient pas gênés. » (art. 85), on ne peut s'empêcher de la rapprocher des descriptions faites par Tenon des opérations faites au sein même des salles donnant à voir aux blessés le traitement qui les attendait. cf. Tenon 1788, p.225.

1051 Priorité déjà indiquée dans les comptes généraux de l'an XI à 1807 susmentionnés, qui détaillait la destination des 19 établissements (11 hôpitaux et 8 hospices). On les rappellera rapidement ici – avant de revenir en détail sur certains d'entre eux dans les pages qui suivent – dans les termes des Comptes généraux : Hôpitaux : Hôtel-Dieu, Charité, Saint-Antoine, Necker, Cochin, Beaujon pour les maladies non contagieuses. Saint-Louis, pour les maladies chroniques, ulcères, galles, etc. Vénériens, pour les maladies syphilitiques. Enfants malades, pour recevoir les Enfants malades qui étaient disséminés dans plusieurs hospices. Maison de santé, pour les malades en état de payer les frais de leur traitement. Maternité, qui forme deux établissements : le premier, Maison de l'Accouchement pour recevoir « toute femme grosse de 8 mois ou dans un péril imminent d'accoucher » ; le second, l'Allaitement, pour les Enfants trouvés ou abandonnés par leurs parents.

Hospices : Bicêtre pour les hommes, Salpêtrière pour les femmes, âgés de 70 ans ou infirmes. Incurables (Fbg Saint-Martin) pour les hommes, Incurables (Fbg Saint-Germain) pour les femmes, atteints de maladies incurables. Ménages pour les vieillards des deux sexes qui ont vécu longtemps en ménage. Orphelins (rue Saint-victor), orphelines (fbg Saint-antoine) pour les Enfants orphelins de père et de mère, ou enfants abandonnés, âgés de plus de deux ans. Maison de retraite, à Montrouge pour les employés des hôpitaux et hospices, et les vieillards infirmes qui peuvent payer une pension ou une somme déterminée.

1052 Pastoret 1816, p.239.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

permettre la lutte contre la contagion, l'amélioration de la pratique médicale et le renforcement de la surveillance à l'intérieur des établissements¹⁰⁵³.

Les propos tranchent avec la vision de l'hôpital d'Ancien Régime comme refuge du malheureux : il s'agit maintenant de séparer les pathologies et les sexes, de classer les « besoins », bref de former une typologie des établissements. Et si l'administrateur se targue de nobles objectifs en 1816, les motifs initiaux sont teintés de considérations plus triviales et intéressées. Camus, administrateur quinze ans plus tôt, écrivant sur cette même classification des hospices et hôpitaux, se plaçait bien plus nettement sous le couvert des fonctions passées des établissements dont il avait la charge, avant d'avancer la nécessité de leur différenciation : « C'est une institution extrêmement respectable que celle de maisons où tout individu, affecté de maladie, qui frappe à la porte, est admis à l'instant, sans qu'on l'interroge sur son état, sur sa patrie, sur sa manière de vivre, sur ses opinions, sur rien qui l'entoure. Il est homme ; il est malade : sans aucune condition, on lui donne un lit et des secours. »¹⁰⁵⁴ Cependant, poursuit-il, il y a des abus, qu'il faut combattre pour consolider et maintenir l'institution. Trois retiennent l'essentiel de son attention. Premièrement la maladie feinte, alors que « l'état réel est l'indigence et la misère » : « ces besoins ne doivent pas être secourus par la concession d'un lit dans un hôpital : il y a d'autres moyens destinés à ces secours ; il y a les hospices pour indigens ». Secondement, les vieillards et infirmes qui se font admettre pour une raison quelconque en espérant pouvoir rester dans le système d'assistance *ad vitam*, leur évitant une longue attente pour être admis dans les hospices pour vieillards et infirmes. Enfin, troisièmement, les tentatives pour faire durer le séjour plus que nécessaire, en jouant sur la

1053 Toutes choses dont nous verrons qu'elles participent de la « bonne clinique ». cf. infra sections 3.1et3.3.

1054 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.27 Nous verrons plus loin qu'au moment même où il écrit cette phrase, l'universalité du secours dû à la maladie est déjà un mythe. cf. supra p.300.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

compassion du personnel devant la misère qui attend les convalescents à leur sortie.

Ainsi, clairement, dès l'an X, le Conseil Général des Hospices entend pratiquer une dichotomie stricte entre les indigents malades, relevant des soins médicaux et des hôpitaux, et le reste des indigents qui viennent chercher des secours pour tout autre raison (vieillesse, jeunesse, infirmité, et maladie incurable) qui ne doivent pas occuper de lits hospitaliers mais relève d'établissements distincts : les « hospices pour indigens ».

Et Camus d'exposer que c'est bien pour réduire ces trois abus que fut rédigé et voté par le CGH le règlement concernant l'admission dans les hospices de malades du 6 frimaire an X (27 novembre 1801)¹⁰⁵⁵. C'est lui qui définit la typologie des établissements, et doit la rendre effective. Que prévoit-il ?

L'élément crucial est la création d'un Bureau Central d'Admission (ci-après BCA), sur lequel nous reviendrons plus en détail par la suite¹⁰⁵⁶. C'est le point nodal par lequel toutes les personnes qui intègrent les établissements¹⁰⁵⁷ doivent passer. De là, deux types d'admission dans les hôpitaux sont possibles : celles qui tombent sous la règle (et le passage par le BCA), celles qui relèvent d'une procédure dérogatoire, prévue dès le départ pour parer aux situations d'urgence.

Pour les admissions « normales », les patients doivent donc aller au BCA, où ils sont reçus par quatre hommes de l'art (deux médecins, deux chirurgiens), dont « les fonctions [...] sont] de constater l'état des malades qui se présentent ; de décider, d'après l'instruction rédigée à cet effet, s'ils doivent être traités dans les hospices ; et dans ce cas, de leur remettre un bulletin

1055 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a Suivi de près par un règlement sur l'admission dans les hospices, Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802b. Voir Annexes X et XI.

1056 cf. infra section 2.2.1.

1057 Ce n'est pas le cas de ceux qui demandent des secours à domicile auprès des bureaux de bienfaisance.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

signé d'eux, qui indique l'hospice où ils doivent se présenter. » (art. VII¹⁰⁵⁸). L'admission peut être refusée par les médecins et chirurgiens du BCA, qui remettent alors au malade « un bulletin par lequel ils sont adressés au comité de bienfaisance de l'arrondissement où ils ont leur domicile » (art. VIII). Pour les admissions « par urgence », il est prévu que « Tout malade atteint d'une maladie grave qui l'oblige à garder le lit, ou qui se trouve dans un cas d'urgence, et qui se présente à l'hospice propre au genre de maladie dont il est affecté, est admis de suite, d'après l'avis de l'officier de santé préposé à la visite dans cet hospice ». (art. II).

Camus, en l'an XI se réjouit – peut-être un peu hâtivement – que « Ces règlements ont diminué considérablement la population dans les hopitaux (sic). »¹⁰⁵⁹ Il indique cependant que des obstacles perdurent. D'abord, pour pouvoir traiter les malades et blessés légers, il faudrait que des sœurs soient attachées aux bureaux de bienfaisance des arrondissements, ce qui n'est pas le cas partout, rendant plus délicat le refus d'admission. Ensuite, quand un malade a une maladie aiguë et une maladie chronique, il est admis pour l'aiguë, et il reste pour la chronique dans un établissement qui n'a pas vocation à traiter ce genre d'affection. Enfin, il est difficile de lutter contre la prolongation de séjour des malades convalescents¹⁰⁶⁰.

Toujours est-il que c'est parce qu'il était la première institution en charge de l'ensemble du système d'assistance parisien – aux commandes des hôpitaux, des hospices et des secours à domicile, et donc formellement en position d'apporter la réponse la plus adéquate à chaque demande – que le CGH put prendre l'arrêté du 6 frimaire an X, jalon important dans la

1058 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a, pp.4–5, les « hospices » dont il est question ici sont naturellement les « hospices de malades » dont traite le règlement, i.e. Les hôpitaux.

1059 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.29 Nous verrons infra p.386 que le rôle du BCA dans la baisse des admissions fut tout à fait limitée.

1060 Nous verrons qu'un certain nombre de mesures, plus ou moins efficaces, furent prises par la suite en ce sens. cf. infra section 2.2.1.2.2.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

dichotomie entre hôpitaux et hospices, et par voie de conséquence dans la médicalisation hospitalière. Cet arrêté nous semble crucial sous différents rapports, aussi nous en reproduisons les articles XI à XXI *in extenso* :

« Art. XI. Pour la réception des malades qui doivent être traités dans les hospices, ces établissements sont distribués ainsi qu'il suit :

Art. XII. Il y aura des hôpitaux communs pour le traitement des maladies ordinaires ; il y en a de spéciaux pour certaines maladies particulières.

Le grand hospice d'Humanité, les hospices de l'Unité, de l'Est, du Sud, de l'Ouest et du Roule¹⁰⁶¹, sont du premier genre.

Art. XIII. Les hospices spéciaux sont destinés, savoir :

L'hospice des Vénériens, pour les malades des deux sexes atteints de maladies de ce genre.

L'hospice de la Couche (à la Maternité), pour les femmes enceintes parvenues à la fin du huitième mois de leur grossesse.

L'hospice du Nord¹⁰⁶², pour les maladies chroniques, soit contagieuses, telles que la gale, la teigne, les dartres, soit rebelles et cachectiques, comme le scorbut, les vieux ulcères, les écrouelles.

Art. XIV. À ces hospices spéciaux sont ajoutés deux autres : l'un pour les enfans des deux sexes âgés de moins de quinze ans, et qui sont atteints de maladies pour lesquelles ils pourraient être reçus dans les hospices destinés aux malades adultes ; l'autre pour le traitement de la petite vérole et la pratique des méthodes qui en préservent.

Art. XV. Des hospices communs, les uns font le service d'hospice d'arrondissement ; ces hospices sont distribués à raison d'un pour deux mairies. Ils sont destinés uniquement aux malades domiciliés dans les sections que ces arrondissemens comprennent.

Art. XVI. Le grand hospice d'Humanité est en même temps hospice d'arrondissement, et hospice de service général. Sous ce dernier rapport, il est spécialement destiné aux malades non domiciliés. Il sert aussi pour les malades ayant domicile, qui sont, ou atteints de maladies particulières qui ne peuvent être traitées dans les hospices d'arrondissement, ou qui, étant affectés de maladies ordinaires et communes, ne peuvent être, faute de place, reçus dans ces derniers hospices.

Art. XVII. L'hospice de l'Unité est, comme le grand hospice

1061 C'est-à-dire l'Hôtel-Dieu, la Charité, Saint-Antoine, Cochin, Necker, et Beaujon respectivement. Sur les correspondances de nom, on se reportera à l'Annexe IV.

1062 I.e. Saint-Louis.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

d'Humanité, hospice de service général, pour les maladies qui exigent les grandes opérations de chirurgie.

Art. XVIII. Dans les hospices de malades ne sont admis que les individus atteints de maladies réputées curables, pour lesquelles le traitement dans ces établissements est reconnu nécessaire ou autorisé.

Art. XIX. Dans les hospices d'arrondissement, les malades ne sont reçus, sauf les cas d'urgence, qu'avec le certificat de domicile dans l'une des sections auxquelles l'hospice est destiné.

Art. XX. Dans les hospices communs ne peuvent être admises les maladies pour lesquelles des hospices spéciaux sont établis.

Art. XXI. Dans les différens hospices spéciaux ne sont admises que les espèces de maladies au traitement desquelles chacun d'eux est consacré. »¹⁰⁶³

À ces mesures originelles s'en ajouteront d'autres, sur une partie desquelles nous reviendrons par la suite, tendant toutes à renforcer la classification des indigents et des pathologies, à l'instar de l'arrêté pris par le CGH le 22 février 1815 prescrivant que tous les malades atteints de petite vérole ne soient plus admis dans les hôpitaux, et qu'ils soient tous dirigés vers la Pitié¹⁰⁶⁴. Mais l'essentiel avait été posé dès le départ, et quel qu'en aient été les nombreuses insuffisances, le CGH ne revint jamais sur la logique de l'arrêté du 6 frimaire an X. Une typologie des établissements obéissant à une classification des indigents avait été établie.

Françoise Salaün-Ramalho présente elle aussi cet arrêté comme séminal et convergente avec le « programme de la médecine clinique »...

« L'arrêté du 6 frimaire an X (17 novembre 1801) classe les hôpitaux, désormais distingués des hospices, en fonction de leur destination : les hôpitaux généraux (Hôtel-Dieu, la Charité, Cochin, Necker, Beaujon

1063 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a, pp.6-8 Le règlement complet est reproduit en Annexe X.

1064 Arr. CGH n°16581 du 22 février 1815, 136 FOSS³⁷.

2.1.1 Pourquoi une typologie des établissements ?

et Saint- Antoine) pour les malades atteints d'affections ordinaires, les hôpitaux spéciaux pour les pathologies particulières (hôpital des Vénériens, la Maternité, Saint-Louis pour les maladies de la peau) ou des catégories de malades (l'hôpital des Enfants-Malades pour les moins de 15 ans). Cette ébauche de classification hospitalière par grand groupe de pathologies est complétée, en mars 1802, par la mise en place d'un bureau central d'admissions, chargé de répartir les malades dans les hôpitaux en fonction de leur domicile, mais aussi de leurs affections. Ces mesures organisationnelles servent le programme de la médecine clinique et anatomo-clinique qui se nourrit de la confrontation de cas pathologiques identiques. »¹⁰⁶⁵

... mais elle oublie que ce n'est *pas* ce programme qui fonde l'arrêté ...

1065 Salaün Ramalho 2007, pp.35–36.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

2.1.2.1 *L'indigent valide et l'indigent malade*

On a vu à la section précédente¹⁰⁶⁶, que la distribution des établissements et la classification des malades avaient constitué un progrès médical. Avant de revenir plus en détail sur l'affectation de chacun des établissements sous le contrôle du CGH, il est intéressant de dégager les motifs pour lesquels elle fut décidée.

Quel sont les critères qui président au tri des individus et à la typologie des établissements ? Ils sont au nombre de quatre : ce sont l'indigence, la curabilité, l'âge et le sexe, que nous aborderons dans un ordre « spatial »¹⁰⁶⁷.

Le premier, de facto, est l'indigence¹⁰⁶⁸. La chose est entendue, puisque dans la quasi-totalité des cas les personnes ayant les moyens de consulter à un médecin « de ville » et de payer pour ses prescriptions préfèrent de loin cette solution au recours aux hôpitaux, ne laissant à ceux-ci que la frange de la population la plus dans le besoin. Bien que n'étant pas une condition nécessaire à l'admission dans les hôpitaux la pauvreté ne suscite guère de prise de position explicite¹⁰⁶⁹, à deux exceptions notables près sur lesquelles nous reviendrons : la maison royale de santé et la maison de santé des vénériens¹⁰⁷⁰. La situation est toute autre, évidemment, pour les hospices, où la détention d'un certificat d'indigence conditionne toute

1066 cf. supra section 2.1.1.1.

1067 L'ordre est dit « spatial » parce que c'est au filtre successif de ces critères que se dégage le lieu de la prise en charge de tout individu.

1068 Sur l'hôpital comme lieu de prise en charge de la demande de soins non solvable, voir le diagramme établi par Domin 1998, reproduit en annexe XII.

1069 L'implicite est fort, par contre : les administrateurs comme les médecins parlent communément des « indigents » pour désigner leurs administrés et patients.

1070 Cf infra section 2.1.4 p.362.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

procédure d'admission, et où l'administration fera son possible pour s'assurer du dénuement matériel des pensionnaires des hospices au moment de leur entrée, mais aussi au cours de leur séjour.

Nonobstant l'absence de débat sur la misère nécessaire des malades, il est des situations dans lesquelles le CGH prit des positions indiquant clairement que l'indigence était un critère effectif de sélection des récipiendaires des soins proposés par ses établissements. L'attitude adoptée mérite d'être mentionnée, alors qu'elle est à rebours des nombreux efforts du CGH pour multiplier ses sources de revenus. Ainsi, par exemple, en juin 1823 le duc d'Angoulême¹⁰⁷¹ qui demande que les hommes attachés à ses écuries soient admis à l'hôpital Beaujon moyennant un prix de journée se voit répondre que « les hôpitaux sont institués pour secourir les pauvres, que conformément à cette destination le traitement doit y être gratuit, et qu'il n'est pas possible au conseil général de s'écarter de ce principe ».¹⁰⁷²

On peut donc dire que l'indigence est le critère qui conditionne l'accès aux établissements gérés par le CGH, *de facto* pour les hôpitaux, *de jure* pour les hospices.

Ceci étant dit, ce qui nous intéresse précisément ici c'est le critère discriminant hôpitaux et hospices, indigents invalides et valides. De prime abord, il est simple et familier, c'est la maladie. Dans les hôpitaux les malades passés au tamis du BCA ou de l'officier de santé validant les admissions par urgence, dans les hospices le reliquat, la foule des nécessiteux incapables de subvenir à ses besoins du fait de l'âge, du handicap ou de la misère.

1071 Son Altesse Royale le Duc d'Angoulême, comme le porte la lettre : Louis Antoine d'Artois, qui deviendra le fulgurant Louis XIX pendant les trois glorieuses.

1072 Lettre du 4 juin 1823, AAP 136 FOSS⁸², F°125-126.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

À l'examen attentif, les choses sont un peu plus délicates, et nettement moins familières. L'élément discriminant est énoncé sans détour à l'article XVIII du règlement du 6 frimaire an X susmentionné : ce n'est pas la maladie, mais l'incurabilité. En ce sens, Camus se réclame d'une noble tradition mais n'expose pas une réalité quand il décrit les hôpitaux parisiens comme « une institution extrêmement respectable [...] où tout individu, affecté de maladie, qui frappe à la porte, est admis à l'instant [...]. Il est homme; il est malade : [...] on lui donne un lit et des secours. »¹⁰⁷³. Pour être admis dans un hôpital il n'est pas suffisant d'être malade, il faut être atteint d'une maladie « réputée curable ». La nuance n'est pas triviale, en ce sens qu'elle fait reposer la détermination de l'objet de la médecine sur un fondement fonctionnel et économique et non pas médical. On peut argumenter sur le fait qu'un état de santé dégradé, quelle qu'en soit la raison¹⁰⁷⁴ relève de la médecine, mais par définition, un incurable¹⁰⁷⁵ est un malade. Et la rémission et le soulagement des symptômes appartiennent à part entière au champ médical¹⁰⁷⁶. De droit, donc, les hôpitaux sont fermés à un certain type de malades. Pour trouver une énonciation plus claire du facteur discriminant que nous cherchons, et parce que la définition du malade hospitalier se fait autant positivement que négativement, comme nous l'avons dit en suivant Colin Jones¹⁰⁷⁷, il faut faire un détour par les règlements d'admission dans les hospices. C'est là que se trouve défini, en première instance, le malade incurable qui se voit refuser l'entrée aux hôpitaux alors qu'un établissement particulier lui est réservé :

1073 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.27 Pour la citation complète, voir supra p.294.

1074 Y compris l'âge.

1075 Y compris étymologiquement, le terme « incurable », dont la première occurrence date du début du XIV^e siècle, est emprunté au latin *incurabilis* « inguérissable ». cf. Dictionnaire historique de la langue française, art. Curable.

1076 « L'étroitesse des liens entre douleur, médecine et expérience humaine [étant] une des constantes de l'histoire de la médecine occidentale », comme le dit Isabelle Baszanger, Lecourt, Delaporte, Pinell, et al. 2004, p.356, art. « Douleur ». D'ailleurs, selon Jacques Léonard, « La recherche de l'analgésie est la grande pourvoyeuse de la médecine parallèle » et ceci même après 1847 et l'apparition de l'anesthésie, cette dernière étant réservée aux grandes opérations chirurgicales. Léonard 1992, p.68. Les effets antalgiques des opiacés (le laudanum doit son nom à Paracelse (1493-1541) pour cette raison) sont connus depuis les sumériens. Sur l'histoire des antalgiques, voir Chast 2002, pp.37-119.

1077 cf. supra p.292.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

« l'hospice des Incurables et celui des Récollets¹⁰⁷⁸ demeurent exclusivement réservés aux personnes percluses (sic) de leurs membres, ou atteintes d'autres infirmités incurables, et qui les mettent dans l'impossibilité absolue de se livrer à aucun genre de travail ». ¹⁰⁷⁹

Autrement dit, ce qui fait le malade incurable, c'est moins la maladie que l'impossibilité, présente et à venir, « de se livrer à aucun genre de travail »¹⁰⁸⁰. C'est ainsi, par exemple, que Jason Szabo explique la longue absence de la phtisie de la liste des maladies incurables : « l'opinion médicale était divisé quant à son pronostic, et aux premières phases de la maladie beaucoup [de phtisiques] pouvaient encore travailler »¹⁰⁸¹. À l'inverse, il s'ensuit nécessairement, que ce qui fait le malade hospitalier, curable, c'est l'impossibilité présente mais la possibilité future, de travailler. Il nous semble qu'apparaît là un des aspects fondamentaux de la médecine clinique hospitalière, à travers la définition de son objet.

Ce fait, très éclairant, a été bien vu par J. Szabo. Pour lui, « la plupart [des historiens] ont ignoré un des plus frappants paradoxes » de la séparation des hôpitaux et hospices, pourtant « justement perçue comme une étape critique dans la médicalisation progressive des hôpitaux » : les incurables, dont les maux relèvent de pathologies chroniques et dégénératives que la médecine aborde sous une grande variété d'angles et dont elle ne sait exactement que faire (thérapeutiquement et conceptuellement)¹⁰⁸², s'en voient rejetés. Autrement dit, cette réforme hospitalière, prélude à la médicalisation, « a mis en place un système élaboré pour

1078 Les Incurables (rue de Sèvres) seront la même année réservés aux femmes, et l'ancien couvent des Récollets, rue du faubourg Saint-Denis, aux hommes. Les bâtiments de ce dernier sont toujours visibles, au 148-154 rue du faubourg St-Martin, dans le 10^e arrondissement.

1079 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802b, p.3, art. VIII.

1080 Si besoin était d'une preuve supplémentaire, il faut noter qu'à l'article V du titre IV du même règlement, on précise que la condition de septuagénaire requise pour pouvoir prétendre à une place dans les hospices « n'est pas nécessaire pour l'admission dans les hôpitaux destinés aux indigents perclus de leurs membres, ainsi qu'aux personnes atteintes d'infirmités incurables, mutilées [c'est donc la définition des incurables qui est reprise] ou défigurées par quelque accident ». Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802b, p.9, les italiques sont de nous. L'incurable n'est pas un malade qu'on ne peut soigner, c'est une personne qui ne peut travailler. Ainsi l'individu défiguré, qui n'a aucun trouble fonctionnel l'empêchant de se livrer à quelque travail que ce soit, parce qu'il est monstrueux et souffre à ce titre d'un trouble social, est assimilé à l'incurable.

1081 Szabo 2009, p.17

1082 Szabo 2009, pp.19–34.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

exclure *les plus malades* »¹⁰⁸³.

La tentation peut-être grande de rejeter l'argument au prétexte que la pensée médicale serait imperméable aux oukases administratifs, et que, nonobstant les propos des arrêtés, règlements et autres « paperasseries », le médecin se fait une idée tout autre de sa pratique, de son lieu, et de son objet ... Or, plus de soixante-dix ans plus tard, on explique toujours qu'il est trois catégories de personnes « qui réclament l'assistance hospitalière » :

1° « *a*, les vieillards sans ressources que leur âge empêche de travailler ; *b*, les infirmes qui sont et *resteront*¹⁰⁸⁴ dans l'impossibilité de gagner leur vie ; *c*, les incurables dont la maladie est au-dessus des ressources de l'art et ne doit se terminer qu'avec la vie ;

2° Les malades atteints d'une affection aiguë, passagère, curable, qui ont besoin d'être soignés attentivement et guéris le plus vite possible ;

3° Enfin, la troisième catégorie renferme les malades atteints d'une affection chronique médicale ou chirurgicale, qui ne les empêche pas constamment de travailler, mais qui par moment les oblige à prendre du repos et quelques soins : tels sont les phtisiques, les valetudinaires, ceux qui ont des œdèmes variqueux, etc. »¹⁰⁸⁵

Aux premiers les hospices, aux seconds les hôpitaux, quant aux derniers, sortes d'intermédiaires aux relations discontinues avec le marché du travail et avec la médecine, on devrait leur construire des « hospices temporaires ». Qui donc est ce Jules Édouard Nicaise ? Non pas un obscur fonctionnaire voyant l'hôpital et ses malades de très loin et au prisme déformant de l'abstraite typologie administrative, mais un éminent docteur en médecine, interne des hôpitaux, chirurgien du bureau central puis des hôpitaux, professeur à la Faculté de Médecine de Paris¹⁰⁸⁶ ... s'exprimant au nom de la société des chirurgiens des hôpitaux.

1083 Szabo 2009, p.13.

1084 Nous n'avons même pas eu à mettre les italiques ...

1085 Nicaise 1877, pp.13–14. On notera que les incurables et les infirmes appartiennent à la même catégorie que les vieillards.

1086 Huguet 1991.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

Le critère, pour être bien plus économique que médical, n'est pas aberrant. Il ne faudrait pas imaginer non plus qu'il va de soi au moment de son édicton, ou même quinze ans plus tard. Dans son rapport, Pastoret se sent obligé de justifier du fait d'avoir classé les incurables parmi les hospices : « Les maisons d'incurables pourroient être classées parmi les Hôpitaux. Cependant, puisqu'on y est pour toujours, et non momentanément, comme dans les Hôpitaux ordinaires ; puisqu'on n'y est pas traité et guérissable ainsi qu'on l'est dans les Hôpitaux, elles semblent appartenir plutôt à la classe des hospices ; ce sont des asiles pour l'indigence encore plus que pour la maladie »¹⁰⁸⁷.

Il ne faut pas non plus imaginer qu'il ne pouvait y avoir d'autre critère. À une période où la médecine revendique la double dimension de la « clinique », médicale et pédagogique, l'intérêt à admettre dans les hôpitaux toutes les maladies, y compris les incurables ou chroniques, n'était pas nul. Isabelle von Buelzingsloewen, pour le cas allemand, a exposé les vues de médecins pour lesquels au contraire l'admission de malades chroniques ne devait pas être par trop combattue dans la mesure où ils constituaient une part importante de la clientèle des praticiens privés¹⁰⁸⁸. Naturellement, la sélection avait d'autant plus de sens dans le cas des établissements cliniques qu'elle étudie, ou pour « l'hôpital des cliniques » attendant à la Charité pour l'exemple qui nous occupe. Deux remarques cependant : premièrement, la volonté affichée de bannir les incurables « dès les années 1780 » des cliniques allemandes « conformément aux principes de rationalité édictés par les médecins éclairés et les réformateurs de l'hôpital »¹⁰⁸⁹ était nettement plus praticable pour le cas prussien que pour les

1087 Pastoret 1816, p.162. Sur le misérable sort fait aux incurables pendant la période, entre hospices et secours à domicile, voir Szabo 2009, pp.175–196.

1088 Buelzingsloewen 1997, p.210 & sq.

1089 Buelzingsloewen 1997, p.211.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

hôpitaux parisiens, dans la mesure où les premières comptaient en règle général entre dix et vingt lits, parfois moins¹⁰⁹⁰. Et encore, malgré la taille réduite des établissements, cette exclusion fut rarement rigoureuse¹⁰⁹¹. Deuxièmement, les cliniciens allemands comprirent rapidement qu'un tri effectif des malades, requis pour que leurs hôpitaux académiques restassent à la pointe de la médecine de leur temps, étaient grandement favorisé par l'adossement de ceux-ci à des « hôpitaux municipaux » leur servant à la fois de vivier et de dépôt, la durée moyenne de séjour des établissements académiques étant en moyenne inférieure à celle des municipaux¹⁰⁹². Or c'est précisément ce que va tenter de réaliser le CGH, à beaucoup plus grande échelle, avec la séparation des hôpitaux des hospices en fonction de la curabilité. Un critère économique-moral qui vient à point soutenir la voie de l'excellence médicale.

Cette question des objectifs productifs – pour ne pas dire économiques – est au cœur de la problématique de la médecine hospitalière, en Allemagne comme en France, et se rattache naturellement directement au critère d'indigence que nous indiquions. Le docteur C. E. Fischer définit en 1799 comme pauvre « tout individu qui n'a pas les moyens indispensables de se prémunir contre la maladie par un mode de vie conforme à la nature »¹⁰⁹³, et I. von Buelzingsloewen de continuer « Cette conception très “économique” de la médecine, dont le but essentiel est de reconstituer la force de travail du pauvre et, par suite, soulager les finances des institutions de bienfaisance, est indissociable d'une conception plus “charitable” de la

1090 Sept à huit lits pour quatre-vingt dix entrées par an à la fin du XVIII^e qu'une lente augmentation amènera à 180 ou 200 entrées/an pour la période 1820-1837 pour l'hôpital académique (i.e. la clinique) de Göttingen, une des plus célèbres de Prusse. cf. Buelzingsloewen 1997, pp.223–224.

1091 Buelzingsloewen 1997, p.213 Alors même qu'elle était d'autant plus nécessaire en raison du peu de lits : « la présence d'incurables est en outre incompatible avec le malthusianisme de la clinique, le nombre limité de lits dont dispose le professeur devant impérativement être compensé par une rotation rapide des malades. » Buelzingsloewen 1997, p.213.

1092 Buelzingsloewen 1997, p.214 et 222.

1093 Christian E. Fischer, *Versuch einer Anleitung zur medizinischen Armenpraxis*, cité par Buelzingsloewen 1997, p.86.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

maladie ».

Et effectivement, c'est bien ainsi que les administrateurs du CGH conçoivent la fonction des établissements sous leur tutelle, et de la médecine qui s'y exerce : « Quand, en effet, la maladie vient suspendre son travail, et lorsqu'il prévoit que le fruit de ses épargnes ne pourra fournir au surcroît de dépenses que nécessite le recouvrement de sa santé, alors les Hôpitaux, seconde partie de notre administration, lui sont ouverts. »¹⁰⁹⁴ Pour le dire de manière plus synthétique : les hôpitaux et leur médecine ont pour fonction première de remettre les classes laborieuses en état de travailler. C'est là que se joue le partage entre valides et invalides, entre hôpitaux et hospices : les premiers ont vocation à recevoir et apporter des soins médicaux à ceux qui *pourront* retravailler, les seconds à nourrir et loger ceux qui *resteront* inaptes au travail, pour quelque raison que ce soit, qu'ils soient trop jeunes, trop vieux, handicapés ou incurables et chroniques : *trop malades*, en un sens ...

Cette orientation fonctionnelle de la médecine et surtout de la chirurgie hospitalières a de profondes racines. Katharina Park l'a étudié pour les hôpitaux florentins aux XV^e et XVI^e siècles, montrant que

« Même à son apogée, cependant, les soins médicaux offerts par les médecins publics de Florence avaient un éventail limité. Ils étaient spécialisés, en d'autres termes, dans les maladies extrêmement communes, aiguës, mais rarement létales, et aisément traitables dans le cadre du savoir médical du temps. Ils pouvaient remettre sur pied des travailleurs en bonne santé, mais ne faisaient que peu de cas de ceux souffrant de pathologies internes requérant une supervision étroite et des traitements plus longs. Cette stratégie n'était pas particulière à Florence – Milan et nombre d'autres villes plus petites choisirent d'investir leurs ressources de la sorte – et cela représentait clairement un investissement hautement spécifique et économique dans la santé de la classe laborieuse. »¹⁰⁹⁵

1094 Commission Administrative n.d., p.24.

1095 Park 1991, p.30. « Even at its height, however, the medical care offered by Florence's public doctors was limited in scope [...] They specialized, in other words, in diseases which were extremely common, acute, but rarely life-threatening, and highly treatable within the framework of contemporary medical knowledge. They

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

Pour éclairantes qu'elles soient, ces considérations sont à rapporter au lieu et au temps qui nous occupe avec une certaine prudence : les hôpitaux parisiens du début du XIX^e siècle opèrent à une échelle incomparable, et nombre de pathologies traités y étaient effectivement létales¹⁰⁹⁶. Mais même en admettant cette dernière divergence, une conclusion de K. Park est d'un grand intérêt : pour elle, il découle de ce choix « d'investissement » que les très faibles taux de mortalité ainsi que la faible durée de séjour relevés dans certains établissements « ne signifient pas que l'hôpital n'admettait que des cas légers ou curables. [...] Mais cela implique que les administrateurs hospitaliers avaient pris en toute conscience la décision de concentrer leurs ressources et leurs lits sur les patients dont on pouvait supposer qu'ils mourraient ou guériraient rapidement, laissant la place libre pour d'autres pauvres malades. »¹⁰⁹⁷

Nous espérons avoir montré dans les paragraphes qui précèdent que le critère fondamental de partage entre indigents valides et invalides, et donc entre les modes de prise en charge des populations cibles du réseau d'hôpitaux et d'hospice était la curabilité, qui recouvre en fait celle de « l'employabilité ». Nous reviendrons un peu plus en détail sur ce point et son contexte général à la section suivante. Il nous reste à considérer les deux derniers éléments discriminants dans la typologie des malades hospitaliers, qui, sans être plus médicaux que les précédents, sont plus moraux qu'économiques.

Le CGH est crédité d'avoir créé en 1802 « le premier établissement » pour enfants en

could put able-bodied workers back on their feet, but did not attend those suffering from internal illnesses requiring closer supervision and longer-term treatment. This strategy was not peculiar to Florence – Milan and many other smaller towns chose to invest their resources in this way – and it clearly represented a highly specific and cost-effective investment in the health of the laboring class. »

1096 Il suffit de considérer les taux de mortalité pour s'en persuader. cf. infra section 2.3.1.2 p.470.

1097 Park 1991, p.35 « This does not mean that the hospital accepted only mild or curable cases. [...] But it does imply that hospital administrators had made a conscious decision to concentrate their beds and their resources on patients who could be expected to die or recover in short order, making room for yet other sick poor. »

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

Europe¹⁰⁹⁸, l'Hôpital des Enfants-Malades, qui allait jouer un « rôle déterminant dans le développement [...] de la pédiatrie »¹⁰⁹⁹. Nous discuterons plus loin les thèses avancées par Scarlett Beauvalet-Boutouyrie quant à cette création¹¹⁰⁰ et à ses motivations essentiellement morales, mais il nous fallait ici souligner que si l'âge se veut un critère jouant *a priori* jeu égal avec la curabilité, il lui est *de facto* soumis. En effet, l'article XIV du règlement d'admission dans les hospices de malades prescrit bien que « À ces hospices spéciaux, il en est ajouté deux autres : l'un pour les enfans des deux sexes âgés de moins de quinze ans, et qui sont atteints de maladies pour lesquelles ils pourraient être reçus dans les hospices destinés aux malades adultes ; l'autre pour le traitement de la petite vérole et la pratique des méthodes qui en préservent. »¹¹⁰¹ On estime donc que de puissantes raisons doivent valoir aux enfants malades de moins de quinze ans d'être hospitalisés non pas avec les autres malades, mais dans un établissement séparé. Le critère de l'âge semble ainsi primer le critère médical¹¹⁰². Mais le règlement pour l'admission dans les hospices (d'indigents valides, donc) porte à son titre premier, article X que « Les enfans atteints d'infirmités incurables, seront, suivant la nature de leur sexe, placés dans ces deux maisons [Incurables rue de Sèvres et Récollets, pour les femmes et hommes respectivement] »¹¹⁰³. Autrement dit, quelles que soient les raisons qui poussent à la création d'un établissement séparé pour les enfants de moins de quinze ans, celles-ci s'effacent quand elles contreviennent à celles qui commandent que les hôpitaux soient réservés aux curables, dont nous avons vu qu'ils étaient avant tout définis par leur possible remise au travail ...

1098 Beauvalet-Boutouyrie 2003, p.487.

1099 Weisz 2006, p.18: « Other hospitals that played a determining role in the early development of specialties included [...] Enfants Malades in pediatrics. »

1100 Cf infra section 2.2.2.1.

1101 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a, pp.6-7.

1102 Sauf à considérer que c'est précisément pour mieux prendre en compte les spécificités des maladies pédiatriques que fut décidée cette séparation, ce que nous contesterons à la section 2.2.2.1. Des divisions pour les enfants furent créées aux Incurables hommes et femmes en 1804. cf. Pastoret 1816, p.166.

1103 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802b, pp.4-5.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

Enfin, le dernier critère, mais celui qui souffre le moins de questionnement, c'est le sexe. Nous n'y reviendrons que peu, tant il est évident à cette époque, mais il vaut cependant d'être remarqué. Il est discriminant à des échelles différentes selon que l'on considère les hospices ou les hôpitaux. Pour les hospices, il opère à une échelle inter-établissement, ces derniers étant en général exclusifs à un genre (Récollets puis Incurables Hommes, Bicêtre, Orphelins¹¹⁰⁴ pour les hommes, Incurables rue de Sèvre, Salpêtrière et Orphelines pour les femmes), alors que dans les hôpitaux¹¹⁰⁵ le critère sexuel œuvre à l'échelle intra-établissement, dans la séparation des emplois¹¹⁰⁶ ou des salles affectés aux deux sexes.

Nous l'avons déjà mentionné, Armand Husson en 1860, présente la séparation des sexes comme le facteur le plus « important à la bonne distribution des services » avec l'espacement des lits, avant la distribution des malades par nature d'affection et la séparation des enfants¹¹⁰⁷. Pratiquée dans presque tous les hôpitaux bien avant la création du CGH, celui-ci va en poursuivre l'usage et même faire son possible pour la renforcer. Ainsi Camus, dans son premier rapport de 1802, se plaint que la séparation des sexes n'est pas assez franche à Saint-Antoine, par exemple : « les sexes ne sont pas suffisamment séparés l'un de l'autre. Les promenoirs n'étant pas distincts, les hommes et les femmes se trouvent souvent réunis dans le cours de la journée »¹¹⁰⁸. Le CGH ne sera pas indifférent à ce genre de demandes, finançant régulièrement des travaux pour éviter toute communication inter-sexes¹¹⁰⁹.

1104 Jusqu'à leur réunion en 1808 aux Orphelines du faubourg Saint-Antoine, cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1818 T. VII.

1105 À l'exception des Enfants-malades, donc. cf. paragraphe précédent.

1106 « Emploi » s'entend ici au sens des médecins et administrateurs hospitaliers du XIX^e : « division par classe ou de malades à guérir, ou de malheureux à soulager ». Cf. Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.83.

1107 Husson 1862, p.114 précédemment cité p.292.

1108 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.46.

1109 cf. par exemple, pour faire reprendre les demandes de Camus, l'arr. CGH 5242 du 15 juillet 1807 mettant 400F à disposition pour l'établissement d'une barrière de séparation entre le promenoir des hommes et celui des femmes. AAP 136 FOSS¹³ F°397

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

Ce point ne souffrait naturellement pas de débat : dans un des premiers rapports soumis par la commission administrative au Conseil Général des Hospices lui présentant l'état des établissements et les améliorations à y porter, alors que la formulation, bien que laissant transparaître les préférences des commissaires, reste interrogative sur l'opportunité de séparer les maladies chroniques et aiguës ou de créer des salles de convalescents, elle est affirmative et sans ambiguïté sur la nécessité de « séparer absolument les sexes »¹¹¹⁰.

Il convient de souligner qu'un tel partage n'a certes rien d'original¹¹¹¹, mais qu'il n'a rien de médical : à l'exception des complications liées à l'accouchement¹¹¹², la médecine du premier XIX^e siècle ne connaît pas de pathologie propre à l'un ou à l'autre sexe. La seule raison à cette séparation, c'est la morale.

Ce n'est qu'après tous ces « tris » effectués qu'intervient le classement qui nous semble aujourd'hui le plus pertinent dans un cadre hospitalier, celui des diverses pathologies dans des salles différenciées, sur lequel, nous l'avons dit, nous ne reviendrons pas¹¹¹³.

1110 Commission Administrative n.d., pp.28–29.

1111 Husson, par exemple, citant la notice du Dr. Meier sur l'hôpital de Brême, construit en 1850, pour lequel, « dans la disposition intérieure et dans la distribution des services, on s'est constamment efforcé de mettre en pratique ces deux principes : 1° Réunir au centre de l'établissement l'administration et les services généraux ; 2° Établir entre les sexes une séparation complète, et autant que possible isoler chaque espèce de maladie » Husson 1862, pp.461–462 On notera que la séparation des sexes doit être *complète*, celle des maladies pratiquée *autant que possible*.

1112 Et dans une moindre mesure des opérations de la taille, que ce soit par lithotomie ou lithotritie.

1113 cf. supra note 1016 p.292. Non pas qu'il ait été ignoré, bien au contraire : si le règlement du service de santé de 1801 ne fait qu'établir « des salles séparées pour les maladies susceptibles de se propager par communication et pour les convalescents » (Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris n.d. art.50), dès l'an IX, les membres de la commission administrative indiquent au CGH la nécessité de séparer maladies chroniques et aiguës, voire dans les salles qui leur sont destinées « placer tellement les malades, que la suite de leurs lits fut, pour ainsi dire, le thermomètre de la gravité de leurs maladies » (Commission Administrative n.d., p.28 ; Cullerier, le chirurgien en chef de l'hôpital des Vénériens, est visiblement satisfait, en l'an XI, que dans son établissement « A raison de la multiplicité des salles, on peut classer les malades suivant leur âge et leur manière d'être, suivant les complications et les accidents de la maladie » (Cullerier 1802, p.56) ; et Pastoret expose en 1816 les progrès faits en ce sens, par exemple à Saint-Antoine où « Les blessés, les fiévreux, les convalescents, y étoient confondus ; ils sont séparés aujourd'hui. » (Pastoret 1816, p.39), et ce ne sont là que quelques mentions de ce thème récurrent. Mais il nous semble qu'il a été mieux traité dans les travaux sur les hôpitaux, qu'il est de fait moins « structurant » dans la définition du

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

2.1.2.2 La « mise au travail »

Les hôpitaux et leur médecine se distinguent donc des hospices par leur vocation à rendre de nouveau apte à travailler. Il est un sens plus large en lequel les hôpitaux et hospices, comme nombre d'institutions philanthropiques de la période, contribuèrent à « mettre au travail » les classes indigentes. Nous avons déjà présenté les changements politiques et de pensée économique qui ont contribué à faire émerger une vision différente de la « population » et de l'intérêt pour le pouvoir d'en prendre un soin nouveau¹¹¹⁴. On a dit à cette occasion que si ces changements, aux yeux des contemporains, plaidaient pour la fin des établissements hospitaliers et la préférence aux secours à domicile, ils pourraient, dans les faits, avoir au contraire renforcé la place des premiers dans le système d'assistance et la tendance à la distinction des hôpitaux et des hospices. Et qu'en tout état de cause, au vu de la politique budgétaire du CGH, c'est bien les établissements qui avaient eu priorité¹¹¹⁵.

L'hôpital, idéalement défini comme une institution prenant en charge des cas curables et donc largement déterminés par leur relation au travail¹¹¹⁶ et au marché du travail naissant dans une période qui voit les débuts de l'industrialisation, peut-être considéré comme ayant joué une part dans le façonnage du salariat à venir. Tout comme dans la Prusse de I. von Buelzingsloewen où « les médecins se voient également assignés un rôle de tout premier plan puisque c'est à eux qu'il revient de déterminer si le pauvre est ou non capable de travailler et donc de décider de sa prise en charge, totale ou partielle, par la caisse des pauvres »¹¹¹⁷, à Paris

malade hospitalier et de sa prise en charge, et qu'enfin il est moins intéressant du point de vue des convergences des logiques administratives et médicales que nous essayons de porter au jour dans ce travail.

Pour une étude fouillée et d'envergure sur la réorganisation de l'espace intérieur hospitalier suivant les conceptions nosologiques, on pourra consulter Kisacky 2005.

1114 cf. supra p.11.

1115 cf. supra section 1.3.1.1.

1116 cf. section précédente.

1117 Buelzingsloewen 1997, pp.76–77.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

aussi les médecins doivent prendre des décisions ayant un impact sur la prise en charge de leurs patients sur la base de la capacité au travail. C'est le cas des médecins du Bureau Central d'Admission, qui doivent orienter les personnes venant consulter vers tel ou tel hôpital ou leur en refuser l'accès, c'est le cas aussi des médecins des bureaux de bienfaisance. En effet, peuvent prétendre à une place dans un hospice avant soixante-dix ans les indigents « perclus de leurs membres », incurables, mutilés ou défigurés¹¹¹⁸ à la condition expresse qu'ils produisent « un certificat de trois officiers de santé au service des pauvres de l'arrondissement. »¹¹¹⁹

Von Bueltzingsloewen, constatant que la plupart des inscrits sur les listes de pauvreté ont plus de 60 ans alors les efforts hospitaliers se concentrent sur les maladies aiguës¹¹²⁰, y voit le signe que les réformateurs prennent conscience à la fin du XVIII^e siècle de l'importance de la maladie dans le processus de paupérisation. Il n'y a pas de raison d'en douter. Mais on pourrait ajouter que ces mêmes réformateurs, promouvant bien souvent les changements sociaux qui allaient faire le siècle à venir (urbanisation, industrialisation, salarisation), voyaient dans l'hôpital un moyen (peut-être pas le plus efficace, mais malgré tout approprié) de favoriser ou à tout le moins d'accompagner lesdites transformations. Or, de fait, en interdisant tant bien que mal l'accès aux hôpitaux aux personnes dont on juge qu'elles ne seront plus capables de travailler, c'est les fondements économiques de la médecine hospitalière que l'on renforce. Or le premier XIX^e siècle est une période importante dans la structuration du système économique ultérieur, marqué par le capitalisme industriel et la salarisation.

1118 cf. supra, note 1046, p.302.

1119 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802b, p.10 titre IV, art. VI.

1120 Bueltzingsloewen 1997, pp.79–80.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

Naturellement, on sait qu'à Paris, à la veille de la Révolution, les salariés forment une petite minorité¹¹²¹, et qu'en France, au début du XIX^e siècle, l'industrie est plus la proto-industrie rurale du *putting out* caractéristique du « capitalisme marchand » (surtout textile) que l'industrie lourde des grandes usines sidérurgiques ou manufacturières¹¹²². Pourtant, en suivant les analyses de Robert Castel, il ne nous semble pas pour autant erroné de dire que c'est là, déjà, que se dessinent les prodromes de ce que sera le travailleur du XIX^e et du XX^e siècle, le salarié et son parangon le salarié industriel. D'abord parce qu'il est l'héritier du passé, et Castel replace la question du salariat dans l'histoire de la volonté de gestion rationnelle de la pauvreté, qui ne date pas de la période qui nous occupe, ni même de la Réforme ou de la Renaissance : une intense dramaturgie chrétienne s'est déployée autour de l'orchestration des signes physiques de la pauvreté posant déjà comme nécessité à l'intégration de l'indigence dans le cadre de l'assistance son exonération de l'obligation de travail¹¹²³.

Ensuite parce que même si le salariat est encore embryonnaire, Castel fait du « bas peuple des villes », « surtout composé par les ouvriers de certains métiers qui ne sont pas passés par l'apprentissage, comme dans la construction, et de ces innombrables occupations, crocheteurs, portefaix, porteurs d'eau, transporteurs de marchandises, gagne-deniers, etc., "hommes de peine et de mains" qui se louent, généralement à la journée, pour des besognes sans qualifications » la sixième des « onze formes de salariat ou de semi-salariat préindustriel »¹¹²⁴. Or, ce sont naturellement et précisément ces catégories sociales que l'on retrouve, majoritairement, dans les hôpitaux¹¹²⁵.

1121 Castel 1999, p.239.

1122 Pillon & Vatin 2003, pp.134 & sq.

1123 Castel 1999, p.74.

1124 Castel 1999, p.230 et 236.

1125 Conformément à ce que nous avons annoncé en introduction, nous ne détaillerons pas ici la composition socio-professionnelle des admis hospitaliers. Pour se convaincre des similitudes entre cette forme de salariat pré-industrielle et la population hospitalière, cf. Boulle 1986, pp.88 & sq. Et AAP, 15U bibliothèque finance, compte moral pour l'année 1816 (un des premiers où sont mentionnées les principales professions reçues dans les hôpitaux et hospices) : ce sont des « journaliers », « ouvriers », « couturières », « domestiques », etc.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

Enfin, Castel explique l'apparition des premières interventions spéciales constitutives du « social-assistantiel » soit par le délitement de ce qu'il appelle les liens de « sociabilité primaire »¹¹²⁶, soit par une complexification de la société rendant les réponses indifférenciées impraticables et nécessaires « la prise en charge des démunis [par des] pratiques *spécialisées*. Ainsi, l'hôpital, l'orphelinat, la distribution organisée d'aumônes sont des institutions « sociales » »¹¹²⁷ et il poursuit : « Conséquence du développement des villes, les relations distendues de la sociabilité urbaine rendent de plus en plus difficile le type d'assistance de proximité qui minimisait le rôle de l'hospitalisation. »¹¹²⁸ Or, s'il était besoin de préciser la pertinence de ses propos pour notre période¹¹²⁹, il suffirait de rappeler que les changements économiques de la seconde moitié du XVIII^e siècle trouvèrent leurs effets sociaux délétères maximisés par les troubles politiques de la décennie 1790-1800, affaiblissant d'autant la « sociabilité primaire » des classes indigentes. Quant à l'urbanisation de Paris, c'est d'abord et avant tout un phénomène de la première moitié du XIX^e siècle à en croire Louis Chevalier : « Succédant à des siècles de lente progression, la première moitié du XIX^e siècle présente un formidable accroissement de population. [Jamais par le passé ou par la suite, excepté en 1856] l'accroissement de la population parisienne ne présentera des pourcentages aussi élevés. L'on peut très justement considérer qu'en ces années 1800-1850 c'est un nouveau Paris qui s'est constitué. »¹¹³⁰ Chevalier donne un peu moins de 550 000 âmes à Paris en 1801, 580 000 en 1807, 714 000 en 1817 et 786 000 en 1831, soit des taux d'accroissement de 5,7%, 23% et

1126 Qu'il explique, page 49, reprendre à Alain Caillé et définit par une prise en charge non spécialisée par la famille, voisinage, etc. Il n'indique pas pourquoi il ne reprend pas les concepts de solidarité mécaniques et organiques développés par Durkheim dans *De la division du travail social*, qui nous semblent pourtant très proches.

1127 Castel 1999, p.60.

1128 Castel 1999, p.83 C'est d'ailleurs en partie sur cette base que repose l'analyse par A. Scull de l'expansion du mouvement aliéniste au XIX^e siècle au Royaume-Uni : les nouvelles relations de production imposant une mobilité géographique accrue, une présence au domicile réduite, etc, les soins apportés par la « communauté » aux aliénés se trouvaient mécaniquement réduits, rendant nécessaire le développement des asiles. cf. Scull 1989.

1129 Non pas qu'ils le soient, aussi, pour les périodes antérieures, notamment les deux siècles précédents.

1130 Chevalier 2007 [1958], p.209.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

10% respectivement, et un taux d'accroissement de la population de Paris entre 1801 et 1851 de 45% (passant de 550 000 à 1 000 000 d'habitant)¹¹³¹. À titre de comparaison, Alfred Fierro donne 22% d'accroissement pour *l'ensemble* du siècle précédant la Révolution¹¹³².

Par ailleurs, même si c'est avec quelques dizaines d'années de retard sur le Royaume-Uni, c'est bien au commencement du XIX^e siècle que l'on date les débuts de l'industrialisation en France, sans avoir à mentionner que comme le rappellent Pillon & Vatin, la réflexion systématique sur l'organisation du travail, reflet d'un mouvement général de rationalisation apparaît dès le XVII^e siècle sous la plume de réformateurs dont une part de nos administrateurs hospitaliers sont les héritiers¹¹³³, et sous la forme de l'extension de l'économie marchande, de l'État moderne et de la diffusion de l'esprit « scientifique »¹¹³⁴.

Parce qu'elle est à replacer dans une durée plus longue que le temps de son apparition, parce qu'elle se nourrit en partie de l'urbanisation et du « petit peuple des villes », l'industrialisation et la modalité du travail sur laquelle elle repose (le salariat) ont un rapport direct avec le premier tiers du XIX^e siècle. Il nous semble souhaitable d'élargir quelque peu la perspective en indiquant, à la suite du Michel Foucault de *Surveiller et punir*¹¹³⁵, que dans l'esprit de ceux à qui incombait la direction des hôpitaux, la part dévolue aux institutions d'assistance dans l'avènement du salariat était susceptible d'être plus subtile et plus complète que la simple « remise sur pied » du travailleur : cette dernière pouvait s'accompagner de la

1131 Chevalier 2007 [1958], p.211, Marchand 1993, p.12.

1132 Fierro 1996, p.278, la population passant de 500 000 à 640 000 habitants.

1133 On a vu les liens de nombre d'entre eux (Chaptal d'abord, mais aussi Delessert, Parmentier, etc.) avec l'industrie et la haute finance. cf. supra section 1.1.2.2.

1134 Pillon & Vatin 2003, p.161.

1135 Foucault 1993 [1975], notamment Partie III « Discipline » chapitre II « Les moyens du bon dressement »

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

majoration de son adaptation au type de main d'œuvre requis par le système de production émergent.

En effet, la concentration et la mécanisation du système de production en cours à la période ne requièrent pas uniquement la levée de capitaux importants et la disponibilité de volumes conséquents de main d'œuvre. Ils imposent tout autant

« de mettre au travail, de façon continue, une main-d'œuvre dont la culture du travail repose sur la maîtrise des procédures et le contrôle de ses rythmes : l'apprentissage d'un temps mécanique, par le respect des horaires, la pression pour maintenir une assiduité soutenue, par des amendes graduées et le strict contrôle des déplacements dans l'atelier, par l'établissement d'une échelle hiérarchique et la réglementation, sont autant d'impératifs que, lentement, l'usine impose à ses ouvriers. »¹¹³⁶

Ce fait est connu, et Castel lui donne une ampleur encore plus grande en écrivant que « Ces réalisations [l'osmose entre usine et vie quotidienne des ouvriers, l'usine comme institution totale] contribuent en même temps à résoudre le plus grave problème auquel eut eu à faire face le capitalisme aux débuts de l'industrialisation : fixer l'instabilité ouvrière, réaliser à la fois [...] « la discipline du travail et la discipline au travail » »¹¹³⁷. Pour lui, cette « disciplinarisation » passe principalement par deux institutions : le livret ouvrier et le règlement d'atelier. Concernant cette seconde institution, il est rejoint par Alain Dewerpe, qui expose que si le règlement d'atelier définit d'abord les conditions d'embauche, il fixe également la discipline et l'organisation du travail, et ce à travers quatre variables : le temps (durée annuelle/hebdomadaire de travail et horaires quotidiens), l'espace (règles de circulation interne, règles régissant les entrées et sorties, ...), l'éthos global du travail (hiérarchie, normes de comportement et habillement, sanctions), et le processus de production (mise en marche

1136 Dewerpe 1998, p.46.

1137 Castel 1999, p.412 Sur la difficulté de mettre les ouvriers au travail, on pourra également lire Gorz 2004, en particulier le premier chapitre.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

des machines, etc.)¹¹³⁸. On ne peut s'empêcher de constater les frappantes analogies qu'entretiennent les prescriptions réglementaires du CGH avec les trois premières de ces variables : les horaires (visites aux pensionnaires, visites cliniques¹¹³⁹ et horaires de bureaux¹¹⁴⁰ des employés, repas) ; les limitations des entrées et sorties¹¹⁴¹, la recherche de l'optimisation des circuits de déplacement dans les établissements à travers le positionnement des « emplois » ; l'établissement et le respect d'une hiérarchie hospitalière stricte et claire¹¹⁴², les obligations vestimentaires¹¹⁴³, les sanctions encourues¹¹⁴⁴.

Alors que d'après Castel « tout ce que la société du XVIII^e siècle comporte de « progressiste » conspire à faire du libre accès au travail la nouvelle formulation de la question sociale. »¹¹⁴⁵, et que le libéralisme découvrira non la nécessité du travail, mais la nécessité de la liberté du travail et l'affranchira de sa subordination séculaire à d'autres exigences (morales, mercantilistes, royale-absolutiste, etc) pour en faire une finalité en soi¹¹⁴⁶, il rappelle à très juste titre que le comité de mendicité reprendra telle quelle la vieille distinction indigents invalides/valides. Mais en un sens nouveau : alors que les inaptes au

1138 Dewerpe 1998, p.47.

1139 cf. infra section Cahiers de visite et recueils d'observation : instruments simples à finalité double. p.564 On ne développera pas ici l'obsession pour les horaires et le temps, pour les visites cliniques, l'ouverture des portes des établissements, les visites des malades, etc. Nombreux sont les historiens qui insistent sur la scansion du temps hospitalier (par ex. Borsa & C.-R. Michel 1985, pp.95 & sq. sur la « journée d'un malade »). Il est évident que ceci est l'héritage du temps religieux et de ses services. Mais cette omniprésence de l'horloge est aussi prise dans d'autres dimensions en ce début de XIX^e siècle qui voit se généraliser le basculement du « temps orienté par la tâche » vers le temps mesure unitaire du travail, pour reprendre la dichotomie élaborée par Edward P. Thomson. cf. Thompson 2004. Sur l'horloge, comme « première machine de la technique moderne. À toutes les époques, elle a conservé la prééminence. Elle possède une perfection à laquelle les autres machines aspirent. » la référence reste Mumford 1976, p.25 pour cette citation.

1140 cf. infra p.651.

1141 cf. infra p.645.

1142 cf. chaîne hiérarchique allant du médecin ou chirurgien titulaire aux personnels de salle, en passant par les étudiants et les sœurs indiqué dans le règlement pour le service de santé, Annexe VI.

1143 cf. infra p.646.

1144 cf. infra section Cahiers de visite et recueils d'observation : instruments simples à finalité double. p.564.

1145 Castel 1999, p.256.

1146 cf. Castel 1999, pp.275 & sq.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

travail relèvent du droit au secours (le principe de territorialisation des secours est conservé, mais maintenant c'est la « nation » qui est la communauté pourvoyeuse, résolvant la question du vagabondage), « en revanche, les indigents valides relèvent d'un traitement tout différent [...] au lieu de [les] punir ou de les forcer au travail, on leur ménagera la possibilité de travailler. Le libre accès au travail remplace l'obligation disciplinaire de travailler. », et légitime la punition du chômage : le marché du travail étant libéralisé, l'oisiveté est nécessairement volontaire et donc est légitimement condamnable¹¹⁴⁷. On voit là, en filigrane, apparaître dans cette reconfiguration du rapport au travail et des liens entre travail et assistance, une place originale pour l'hôpital. Si l'indigent invalide relève de droit de l'assistance dans sa forme traditionnelle (l'hospice) et l'indigent valide de cette nouvelle assistance qui lui garantit, au moins formellement, un travail, on peut penser le malade comme un entre deux, qui relèverait de l'hôpital comme institution distincte dont la fonction serait à la fois de le remettre en état de vendre sa force de travail, mais aussi plus apte à s'insérer dans des relations économiques qui lui imposent de plus en plus le respect d'horaire, l'obéissance à un patron, etc. bref, une discipline¹¹⁴⁸.

En ce sens, l'expression d'« handicapologie »¹¹⁴⁹ de Castel pour définir les fondements sur lesquels reposent les critères d'application des dispositifs d'assistance est particulièrement heureuse. Le handicap, compris comme déficience, physique ou mentale, généralement irréversible, peut-être pris comme le critère de distinction entre le malade hospitalier et le

1147 Castel 1999, pp.299–300.

1148 Ceci rejoint l'analyse qu'A. Scull a faite des asiles, une fois de plus, dont il analyse l'émergence en rapport avec l'industrialisation et l'urbanisation (cf. supra note 1094), mais plus encore en rapport avec « la rationalisation croissante de l'ordre social qui fut le trait dominant du développement social occidental depuis le Moyen-Âge » et permit l'avènement du capitalisme (il reprend ici évidemment les analyses de Weber). « En fait, j'affirmerais que beaucoup des transformations soutenant le mouvement vers les asiles peut être plus plausiblement lié à la croissance du marché de marché capitaliste et son impact sur les relations sociales et économiques [que sur l'industrialisation et l'urbanisation en tant que telles] Scull 1977, p.340 « Instead I would contend that many of the transformations underlying the move toward asylums can be more plausibly tied to the growth of the capitalist market system and to its impact on economic and social relationships. »

1149 Castel 1999, p.400 par ex.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

pensionnaire d'un hospice, en ce sens que le dernier ne recouvrera pas la santé. Il est encore plus indiqué si l'on définit comme handicapée « une personne dont les possibilités d'acquies ou de conserver une activité professionnelle sont réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales. » ainsi que le propose ... Le dictionnaire médical Manuila¹¹⁵⁰.

La boucle est ainsi bouclée : parce qu'ils reposent sur la vieille « handicapologie », les dispositifs d'assistance du début du XIX^e siècle restent tributaires de la dichotomie indigent valide/invalides, mais parce que la structure des relations économiques change, parce que le marché du travail se libéralise, les institutions d'assistance chargées de faire prendre corps à ces dispositifs se trouvent prises, au moins partiellement, dans un autre jeu. Il s'agit beaucoup moins qu'avant de secourir et de punir, et beaucoup plus de secourir et de remettre au travail. Point de surprise, finalement, à voir l'hôpital se définir de façon aussi fondamentale en rapport avec le travail¹¹⁵¹. Ceci pour longtemps, et même ouvertement comme chez Henri Monod, directeur de l'AP qui dira en 1889 : « L'assistance publique est due, à défaut d'autre assistance, à l'indigent qui se trouve, temporairement ou définitivement, dans l'impossibilité physique de pourvoir à ses besoins. »¹¹⁵²

Nous avons, comme dans le reste de ce travail, limité ici notre propos aux considérations touchant directement les hôpitaux et leur médecine. Il est en quelque sorte trop évident pour en apprendre beaucoup que la volonté de voir les indigents travailler est patente dans les hospices et leurs « filiales » que sont la filature pour les indigents de la Salpêtrière et de

1150 L. Manuila, A. Manuila, Lewalle, et al. 2004, p.215, art. Handicapé.

1151 Pas seulement salarié, mais de plus en plus, donc.

1152 Cité par Castel 1999, pp.460–461

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

Bicêtre, les ateliers et les placements dans les commerces de la ville et de la région pour les orphelins et orphelines, et ceci pour des raisons autant morales qu'économiques. On se contentera donc ici de citer brièvement le Baron de Gérando, administrateur du CGH de 1832 à 1841 et éminent philanthrope :

« Il ne s'agit pas seulement, comme on le suppose, de procurer du travail à l'indigent ; il s'agit souvent de lui donner l'éducation au travail à tout âge ; c'est-à-dire de lui en inspirer le goût, de lui en faire acquérir la capacité et contracter l'habitude. Il ne s'agit pas seulement, comme on le suppose, d'atteindre un but économique, en fournissant à l'indigent un moyen de subsister par le produit de son travail, et réduisant d'autant les sommes dépensées en secours : il s'agit surtout d'atteindre un but moral [...]. Il y a peu à espérer comme spéculation du produit d'une telle industrie ; mais il y a beaucoup à attendre de ses effets sur les mœurs des pauvres, alors même que la spéculation serait infructueuse.

Il est mieux d'appeler l'indigent à un travail libre ; mais il est quelque fois indispensable de le soumettre à une occupation forcée. Il est des maladies qui ne se guérissent pas à l'aide des remèdes désirés par le malade. »¹¹⁵³

Ceci appelle deux remarques. La première, en forme d'anecdote : certes, la filature n'est pas un investissement économiquement rentable pour le CGH, il ne le fut jamais. Mais il serait faux d'en conclure pour autant que ses débouchés furent toujours indifférents. Ainsi, au XVIII^e siècle « Des critiques étaient formulées contre les préoccupations mercantilistes des administrateurs et religieuses, principalement soucieux du débit des marchandises fabriquées dans leurs maisons. Lorsque certains produits n'avaient plus de débouché, ils ne les remplaçaient pas et laissaient les pauvres dans l'inaction. »¹¹⁵⁴ de plus, les administrateurs exposent régulièrement que si les comptes de la filature sont si déficitaires, c'est aussi parce que les draperies qui y sont confectionnés sont vendues aux hôpitaux et hospices eux-mêmes, pour un prix nettement en dessous de celui du marché¹¹⁵⁵.

1153 Gérando 1839, p.42.

1154 Bloch 1974 [1908], pp.91-92.

1155 cf. AAP série 1M1 à 1M6, ou AAP bibliothèques finances 15U, où on expose dans le compte moral pour 1820 que c'est le très bas prix de vente aux hôpitaux et hospices qui explique la perte « énorme » de 93 000F pour l'année.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

Deuxièmement, l'usage de considérations économiques, morales et d'une analogie médicale semble tout à fait approprié pour un administrateur du CGH : à analyser en détail les motifs qui le poussèrent à mettre en place un certain nombre de traitements particuliers, c'est bien cette combinaison de facteurs que nous retrouvons, ostensiblement mobilisée notamment dans l'établissement de traitement externe comme nous l'avons déjà mentionné plus haut¹¹⁵⁶.

Les médecins du Bureau Central d'Admission avait déjà eux-mêmes souligné l'importance des secours qu'ils apportaient aux classes laborieuses, leur permettant de rester auprès de leurs proches et attribuant les variations du nombre des consultations par des facteurs médicaux et économiques. Ainsi, en 1806, ils expliquent l'augmentation des consultations qu'ils délivrèrent par la conjonction de trois facteurs : des réfections à Saint-Louis et Saint-Antoine, les maladies régnantes, et les grands travaux du gouvernement qui firent affluer les journaliers. Et ceci « explique encore pourquoi les époques où l'on a eu le plus de malades, sont précisément les mois de mars, avril et mai ; parce que cette saison est celle où l'on a employé un plus grand nombre d'ouvriers dans les ateliers publics, et que c'est aussi à la même époque que régnaient particulièrement les fièvres bilieuses. »¹¹⁵⁷ Il est d'ailleurs tout à fait remarquable que ce soit précisément au nom du lien à maintenir entre le malade et ses activités professionnelles que le CGH dérogea de son propre chef aux règles strictes d'admission qu'il avait lui-même fixées. Ainsi, en mai 1816, il prend un arrêté établissant un « bureau spécial d'admission » à Saint-Louis, tronquant substantiellement les prérogatives du Bureau Central d'Admission, une de ses réalisations les plus marquantes¹¹⁵⁸. Après avoir rappelé que d'après le règlement de l'an X les admissions ne peuvent se faire que par le BCA, il constate que les malades de la peau qui demandent leur admission à Saint-Louis à ce même BCA doivent

1156 cf. Commission Administrative n.d., p.27 et supra p.236.

1157 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1809, p.2.

1158 cf. infra section 2.2.1.1.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

souvent patienter plusieurs semaines, l'hôpital étant plein. Le BCA ne pouvant leur administrer de secours, « les maladies de peau se multiplient dans la famille de ceux qui se présentent, dans les ateliers et autres lieux où ils sont occupés ». En conséquence, il propose que pour les maladies cutanées les admissions soient faites directement avec le traitement externe à Saint-Louis même¹¹⁵⁹, et suggère que le médecin Biett s'en charge¹¹⁶⁰. Deux mois plus tard, le 13 juillet 1816, le préfet transmet l'arrêté au ministre avec un avis favorable. Tout en rappelant l'utilité du BCA il insiste sur la nécessité d'y déroger, et l'intérêt de ce traitement externe : « les individus légèrement atteints ne sont point détournés de leurs occupations ordinaires, ne perdent point dans un hôpital l'habitude d'une vie active » et l'administration n'a pas à craindre une aggravation qui nécessiterait des soins plus coûteux qu'au départ. Cependant, il propose que l'art.1 soit modifié pour que les admissions soient certes faites directement à Saint-Louis, mais que des médecins du BCA se déplacent 1 fois par mois dans l'hôpital pour s'assurer que les patients doivent y rester, et que la mesure ne soit que provisoire : « si [elle] est bonne et bien exécutée son effet naturel sera d'opérer une réduction considérable sur le nombre des malades admis au traitement interne à Saint-Louis » Si la population ne décroît pas, elle pourrait alors être abrogée¹¹⁶¹.

1159 Et il rappelle que c'est le cas déjà aux vénériens : effectivement, l'arr. CGH n°6270 du 4 mai 1808, AAP 136 FOSS¹⁶ F°10-11 prescrit que l'admission des vénériens se fera à l'hôpital des vénériens, dans un bureau particulier. Outre le fait que cet arrêté ne fait pas mention de ses attendus, le rappel de la situation aux Vénériens a probablement pour but de minimiser le changement aux yeux du préfet et/ou du ministre : le même arrêté prévoit que l'admission, si elle se fait sur place, reste entre les mains des membres du BCA qui y sont détachés et du chirurgien en chef de l'hôpital. En fait, c'est une inversion de la situation prévalant jusque-là, où « l'un des officiers de santé en chef de l'hospice des Vénériens peut-être appelé [au BCA] pour prendre part à la réception des malades de ce dernier genre ». cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a, p.4, art. VI.

1160 Arr CGH 19098 du 8 mai 1816, AAP 136 FOSS⁴² F°287-288.

1161 AN F¹⁵/1826, le ministre approuva l'arrêté en modifiant la fréquence des visites des médecins du BCA qu'il rendit bimensuelle. Le CGH annonçant dans les attendus de son arrêté espérer une réduction de 50% de la population de l'établissement, qui serait ainsi passée de mille à cinq ou six cents malades, il exigea également que lui soit rendu un état comparatif de la population de Saint-Louis pour juger de l'efficacité de la mesure. Cf. lettre du préfet de la Seine au CGH du 10 août 1816, Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1818, T. X.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

Naturellement, les traitements externes, sorte de moyen terme entre secours à domicile et secours hospitaliers, sont censés conjuguer les avantages des deux modes de secours : des soins de qualité, accessibles, y compris aux plus désocialisés, tout en maintenant autant que faire se peut le récipiendaire dans son tissu social et professionnel. Il est donc logique que l'argument de la facilité du retour au travail soit avancé. Mais il est d'autres exemples où le CGH fit montre de la relation particulière que les hôpitaux entretenaient à ses yeux avec les classes laborieuses. Nous n'en retiendrons ici brièvement que deux.

Le premier, c'est une lettre de Frochot, préfet de la Seine, datant vraisemblablement de 1810, répondant positivement à une requête du ministre de l'Intérieur qui souhaitait voir quarante lits de Necker et de la Charité réservés pour les 976 ouvriers de la manufacture impériale de tabacs. La contrepartie de cet agrément, c'est le paiement par le ministère d'un prix de journée de 1,2F, identique à celui des militaires. S'il peut paraître relativement trivial, un tel accord témoigne indubitablement d'un engagement pour faire des hôpitaux un lieu avant tout réservé aux travailleurs, comme le deviendront les établissements fondés par l'AP après 1850¹¹⁶². Deux raisons nous semblent pertinentes pour souligner la prégnance de cette volonté. D'abord, s'engager à réserver quarante lits dans ces deux établissements, c'est immobiliser presque 10% de leurs capacités d'accueil¹¹⁶³, à une période où les administrateurs répètent à l'envi que les établissements sont victimes de taux d'occupation trop importants. Ensuite, si l'argent est un motif important, il n'est pas le seul : nous avons vu qu'à l'inverse, le CGH allait décliner une demande comparable émanant du Duc d'Angoulême¹¹⁶⁴, au motif que les hôpitaux devaient rester gratuits à un moment où ses finances n'étaient guère plus florissantes et certainement plus dépendantes de recettes extérieures. Autrement dit, s'il

1162 Cf. Barillé 2007.

1163 Lydie Boulle donne 282 lits pour la Charité en 1810 (cf. Boulle 1986), Necker en compte 130 (cf. AAP 1M1 et Pastoret 1816 qui donnent, respectivement 130 lits en l'an XI et 140 en 1814, alors que AAP 15U, Compte moral pour 1816 en donne 130 lui aussi.

1164 cf. supra p.299.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

accéda à la requête du ministre, c'est sans doute aussi parce que la population qui devait en bénéficier n'était pas la même : les ouvriers des manufactures seyaient mieux aux hôpitaux que les employés ducaux.

Le second, se trouve dans les considérants de l'arrêté de mai 1816 disjoignant les services de santé de l'Hôtel-Dieu et de la Pitié, la seconde étant jusque-là appelée « Hôtel-Dieu annexe ». Pour motiver sa décision, le CGH argue entre autres du fait que « les accidents fréquents auxquels sont exposés les ouvriers des faubourgs voisins nécessitent l'établissement de médecins et particulièrement de chirurgiens expérimentés », rendant nécessaire que le service de santé de la Pitié soit séparé de celui de l'Hôtel-Dieu¹¹⁶⁵. C'est bien donc aussi pour répondre aux besoins des ouvriers que le CGH décida de la création d'une nouvelle entité de plein droit.

Pour toute une série de raisons, on peut donc conclure que des considérations morales et économiques, et plus précisément productives sont au cœur de la définition de l'hôpital de ce début du XIX^e siècle. Premièrement, parce qu'il se trouve être investi de la prise en charge de la frange la plus démunie de la population qui va devenir la base du système de production des deux siècles à venir. Deuxièmement, il est investi d'une mission médicale, économique et morale, parce que le CGH, en concentrant la direction de tous les leviers d'assistance de la ville, avait la capacité formelle de différencier ces dispositifs (Hôpitaux et Hospices, protection de l'enfance, assistance à domicile) et les établissements dont il avait la charge à l'intérieur même du premier de ceux-ci. Troisièmement, parce qu'il le fit sur la base de 4 critères dont le principal pour la définition des hôpitaux fut le rapport réel – et escompté pour

¹¹⁶⁵ AN, F¹⁵/1924. Sur ce point et l'histoire de l'hôpital de la Pitié en général, on pourra se reporter à Rollin 2007.

2.1.2 L'affectation des établissements : fondements économiques et moraux

le futur – de ses pensionnaires au travail et au système de production. En un sens, la critique physiocratique des fondations personnifiée par Turgot et son article dans l'Encyclopédie¹¹⁶⁶ se trouve prolongée dans le fonctionnement hospitalier même : il fallait trouver un moyen de réintégrer les biens de mainmorte au système productif et au système d'échange, sous peine de voir une part croissante des ressources du royaume devenir stériles année après année. La solution fut apportée par la Révolution et ses nationalisations du 23 messidor an II (11 juillet 1794). Les hôpitaux retournés dans la sphère des échanges marchands, ils pouvaient tout aussi bien contribuer à ce que leurs malades en fassent autant ...

Après avoir tenté de mettre au jour les fondements de la typologie des établissements mis en place par le CGH et donc par voie de conséquence les critères distinctifs du malade hospitalier, il nous faut nous pencher un peu plus en détail sur cette typologie elle-même.

1166 Diderot & Alembert 1757, pp.72 & sq., T. VII, art. Fondation.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

Le Conseil Général des Hospices peut certainement être crédité d'avoir posé les bases de ce que sera l'AP-HP¹¹⁶⁷, son successeur, et d'avoir participé à la rationalisation et à la « genèse de l'hôpital moderne »¹¹⁶⁸ à Paris et en France de façon plus générale¹¹⁶⁹. Une part essentielle de cette rationalisation tient à la nette volonté de séparer hôpitaux et hospices.

2.1.3.1 Hôpitaux généraux

D'après les règlements de frimaires an XII, ce sont donc l'Hôtel-Dieu, la Charité, Saint-Antoine, Cochin, Necker et Beaujon¹¹⁷⁰. Cela représente, en 1803, 3 020 lits¹¹⁷¹, soit un peu plus de 64% des lits de malades à disposition du Conseil Général. Ils ont deux vocations distinctes : pour les uns, servir les malades des deux arrondissements qui leur ont été affectés. Pour les autres, l'Hôtel-Dieu et la Charité, c'est-à-dire les deux hôpitaux les plus importants, il s'agira d'assumer deux fonctions : celles d'hôpital d'arrondissement et de « service général ».

Les premiers sont Saint-Antoine, Cochin, Necker, et Beaujon¹¹⁷², répartis à l'est, sud, sud-ouest et nord-ouest du Paris d'avant 1860 et l'annexion des communes limitrophes. On pourrait penser que le conseil reprend, en une formulation nouvelle, le principe de l'assistance

1167 cf. Barillé 2007, p.30: « 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. », déjà cité p.9. Groopman, quant à lui, intitule son chapitre sur les débuts de l'AP sous la Seconde République et le Second Empire « Changement sans différence » (« Change without a difference : Second Republic and second Empire »), écrivant « À la veille de l'effondrement de l'empire de Louis Napoléon, les hôpitaux de Paris ressemblaient beaucoup à ce qu'ils étaient à la chute du régime de son oncle. » « On the eve of the collapse of Louis Napoleon's Empire, then, the Paris hospitals looked much as they had at the fall of his uncle's regime » Groopman 1986, p.97.

1168 Pour reprendre l'expression d'Olivier Faure au sujet des Hospices civils de Lyon, cf. Faure 1981.

1169 Dans la mesure où le CGH fut précisément le modèle des Hospices civils de Lyon, *inter alia*. cf. supra p.22 note 73.

1170 cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a, p.6, art. XII.

1171 2200, 250, 230, 100, 130 et 110 lits, respectivement, pour un total de 4700 lits de malades. cf.

Administration générale de l'assistance publique 1949, annexe 9.

1172 cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a, p.7, art. XV. Pour la localisation des établissements, on se reportera aux cartes en annexes V.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

au lieu de résidence de l'Édit de Moulins de février 1566, ou plus précisément du « domicile des secours » suggéré par le Comité de Mendicité et qui entra en vigueur par la loi conventionnelle du 24 vendémiaire an II (15 octobre 1793)¹¹⁷³. Il nous semble que ce serait omettre une des caractéristiques essentielles de l'ensemble hospitalier parisien, à savoir sa taille. Alors que le but de la loi sur le domicile des secours était de répartir l'effort d'assistance entre les collectivités du territoire national, et d'attacher les pauvres à leur territoire pour régler le problème du vagabondage, il ne peut en être question pour le CGH : que le malade entre dans un établissement situé dans tel ou tel arrondissement, il sera toujours pris en charge par la même collectivité, et la même institution. Deux motivations distinctes sont ici sans nul doute à l'œuvre :

La première, que l'on peut rapprocher des considérations qui précèdent, c'est la volonté de limiter autant que faire se peut les admissions de « resquilleurs », de faux malades se faisant admettre dans les hôpitaux pour y trouver le gîte et le couvert. Le problème était ouvertement exposé par Camus dans son rapport comme un des trois principaux abus dont étaient victimes les politiques d'admission et de séjour : « On feint la maladie : l'état réel est l'indigence et la misère ; mais ces besoins ne doivent pas être secourus par la concession d'un lit dans un hôpital : il y a d'autres moyens destinés à ces secours ; il y a les hospices pour les indigents. » On y reviendra, mais dans la lutte contre cet abus deux leviers lui semblaient devoir prévaloir : les règlements d'admission et le Bureau Central d'Admission qui a « sur-tout éloigné des hôpitaux, un nombre de fainéans qui se faisoient un état de circuler toute l'année

1173 Cette loi, suggérée par le Comité de Mendicité (Weiner 1993, pp.84–85) allait fixer pour un siècle la notion de domicile de secours, jusqu'à la loi du 15 juillet 1893. Le domicile de secours est le lieu de naissance, le lieu de résidence depuis plus d'un an. Les articles 16, 17 et 18 prévoyaient que tout vieillard, infirme, malade sans ressource sera secouru chez lui ou dans l'hospice voisin. Ce texte permettait toutes les interprétations, et bien souvent « La charité s'arrê[ait] à la barrière de l'octroi ». Il fallut que l'article 1 de la loi du 7 août 1851 proclame que si un individu tombait malade, il serait secouru sans condition de domicile. Mais ceci ne réglait que les cas d'urgence. « Il faut attendre la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite pour que tous les indigents sans exception soient accueillis dans les établissements hospitaliers. » Imbert 1982, p.336.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

dans les hospices¹¹⁷⁴, en se présentant successivement à divers officiers de santé qui ne pouvoit pas les reconnoître. Les officiers de santé du bureau central étant toujours les mêmes, ils reconnoissent facilement ces paresseux, ou qui s'en procurent même, pour être toute leur vie pensionnaire dans les hôpitaux. »¹¹⁷⁵ On peut deviner qu'en imposant que les malades « Dans les hospices d'arrondissement, [...] ne sont reçus, sauf les cas d'urgence, qu'avec le certificat de domicile dans l'une des sections auxquelles l'hospice est destiné. », l'objectif était aussi de doubler les précautions : les « malades feints » de Camus se verraient démasqués par les médecins du BCA, où, si ceux-ci devaient y faillir, par les médecins de l'hôpital auquel ils reviendraient à chaque tentative d'admission.

Mais l'essentiel n'est sans doute pas là. Le fondement principal de cette « découpe » géographique résidait vraisemblablement dans la tentative de fournir aux classes indigentes laborieuses parisiennes des secours de proximité tout en facilitant la gestion déjà très lourde de la multitude des établissements. En segmentant leur aire d'activité, on devait pouvoir fournir aux différentes populations de la capitale des secours plus prompts et plus appropriés, tout en réduisant les facteurs de variations dans le nombre de journée prises en charge annuellement. Une aire limitée signifiait – potentiellement du moins – une population limitée, et donc une régularité et une visibilité plus grande sur les ressources à affecter à tel ou tel hôpital. On peut trouver un bon exemple de cela dans les attendus de l'arrêté du 29 mai 1816, séparant le service de la Pitié de celui de l'Hôtel-Dieu, précédemment mentionné¹¹⁷⁶. Ce document est d'un intérêt tout particulier, dans la mesure où c'est le seul établissement que le CGH ait officiellement créé en cinquante ans d'existence.

1174 Ici, il faut prendre hospice au sens générique, l'acception recouvrant les hôpitaux et les hospices, et s'appliquant dans ce contexte aux seuls hôpitaux.

1175 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.30.

1176 cf. supra p.326.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

Précisons cependant qu'il ne s'agit pas d'un nouvel hôpital à proprement parler : les locaux préexistaient. Ils servaient d'orphelinat depuis la Révolution¹¹⁷⁷ et devinrent en 1803 l'hospice des Orphelins. Mais en 1808 l'administration demande l'évacuation des enfants vers l'hospice des Enfants-Trouvés du faubourg Saint-Antoine, fusionnant les deux hospices d'orphelin et d'orpheline et transformant les bâtiments rendus vacants en annexe de l'Hôtel-Dieu. La raison semble être double. Premièrement, « le nombre d'enfant s'est beaucoup réduit et devrait encore diminuer grâce au bureau des placements »¹¹⁷⁸, le nombre de pensionnaires passant de 1000 à 400 selon les chiffres avancés en 1808¹¹⁷⁹. Deuxièmement, le 11 mars 1808 Napoléon avait rendu un décret « relatif à l'embellissement de Paris »¹¹⁸⁰ commandant « que le quai Napoléon sera continué et que la partie des bâtiments de l'Hôtel-Dieu qui sont le long de la rivière seront abattus ». En conséquence de quoi le ministre de l'intérieur prenait le 25 décembre de la même année une décision motivée par « besoin de s'occuper dès maintenant de l'évacuation future des bâtiments démolis » et le fait « que l'évacuation des orphelins et leur réunion avec les Orphelines du faubourg Saint-Antoine libère la Pitié » exigeant de l'administration qu'elle fasse « transférer le plus vite possible dans les bâtiments des orphelins faubourg Saint-Victor réunis par notre décision de ce jour à l'hospice des orphelin(e)s faubourg Saint-Antoine, le nombre de malades qu'elle croira convenable pour préparer des places à des malades militaires et pour commencer l'évacuation de la partie de l'Hôtel-Dieu qui doit être démolie. »¹¹⁸¹ Il n'est pas exclu que le CGH ait anticipé les requêtes ministérielles

1177 Sous le nom d'orphelinat Saint-Victor, puis de maison de la Patrie et d'hospice des enfants et élèves de la Patrie.

1178 Créé par le CGH par les arrêtés du 16 nivôse et 4 ventôse an X (6 janvier et 23 février 1802), ce bureau était chargé de mettre les orphelins en nourrice à la campagne ou en formation chez des artisans. Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.122,177.

1179 Arr. CGH n°6073 du 9 mars 1808, AAP 136 FOSS¹⁵ F°344-345.

1180 Anonyme 1808, p.576.

1181 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1818, T. VI.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

... pour rien, puisque l'extension du quai fut finalement abandonnée faute de subside, et l'Hôtel-Dieu enjambait toujours le fleuve en 1824 dans le panorama de la ville de Paris de A.M. Perrot¹¹⁸².

Certes, en 1809, une délibération du conseil général des hospices attribue à l'établissement de la rue Lacépède – dans le 5ème arrondissement – le nom d'hôpital de la Pitié. Mais il est partiellement exact de dire que « dès lors il reçoit dans ses services de médecine et de chirurgie des adultes atteints de maladies aiguës et s'apparente déjà à un hôpital de quartier totalement indépendant de l'Hôtel-Dieu »¹¹⁸³. L'organisation provisoire de « la maison annexe de l'Hôtel-Dieu » – prévue en 1809 pour deux cents lits – précise que « pour ne pas augmenter la dépense » les personnes et appointements seront confondus avec la maison mère, à l'exception de la cuisine, pharmacie, buanderie et éclairage¹¹⁸⁴, ces dispositions devant être revues quand on y accueillera quatre cents malades¹¹⁸⁵. Trois ans plus tard, presque jour pour jour, le personnel est augmenté d'un homme de peine, mais surtout de six infirmiers, un élève en pharmacie et un garçon de pharmacie¹¹⁸⁶. On peut donc dire que le CGH ne fit pas montre du plus grand zèle pour rendre tangible l'indépendance de l'Hôtel-Dieu annexe, et que s'il s'y résolut, ce devait être pour de puissants motifs.

1182 Perrot & Dulaure 1824.

1183 Riché & Riquier 2000, art. "Pitié".

1184 Arr. CGH 7306 du 8 février 1809, AAP 136 FOSS¹⁸ F°220-221

1185 L'arrêté de mai 1816, s'il consacre l'indépendance de la Pitié, ne constitue en fait pas son organisation définitive : à la demande du ministre, elle n'était que provisoire. Elle ne prit un caractère permanent que le 31 juillet 1822, à l'occasion du décès du médecin De Fresne. Les raisons avancées, outre les six années écoulées sous un régime transitoire, sont « qu'il faut rendre à l'Hôtel-Dieu les médecins qui jusqu'à maintenant ont été chargé alternativement et provisoirement du service de santé du 2e département médecine de la Pitié » et que le nombre de malades de la Pitié (souvent 400 pour les deux départements de médecine seuls, auquel s'ajoute un département de chirurgie) exige la présence de deux médecins. Notons au passage que dans ce même arrêté le CGH prive sciemment le ministre d'un de ses droits : alors que dans sa rédaction initiale, il vantait les mérites de Serres, chargé depuis plus de dix ans du service du premier département de médecine et pria le ministre de le confirmer dans ses fonctions comme médecin ordinaire, la version soumise à signature n'en faisait plus mention, indiquant seulement qu'il serait « nommé dans les règles à la seconde place de médecin ordinaire », rendue vacante par le décès de Fresne.

1186 Rapport au CGH sur la fixation des appointements pour 1812, 12 février 1812, AAP 136 FOSS²⁷ F°249-251.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

On a vu précédemment que l'administration concevait cet établissement comme devant porter secours aux travailleurs¹¹⁸⁷. En vérité, les principes de proximité géographique jouèrent aussi dans la décision de mai 1816, que l'administration motive en exposant que la Pitié est certes un des principaux hôpitaux parisiens, ce qui plaide de fait pour sa mise sur un pied d'égalité avec l'Hôtel-Dieu ; mais aussi qu'elle est loin de ce dernier, et dans un des arrondissements les plus peuplés de la capitale. Enfin ce sont les accidents dont sont victimes les travailleurs des faubourgs *voisins* qui nécessitent l'établissement de médecins et chirurgiens expérimentés, et donc un service médical complètement autonome. Nous verrons plus loin si le CGH réussit à mettre en œuvre une offre cohérente et globale de soins¹¹⁸⁸, mais l'on peut d'ores et déjà affirmer qu'il était sensible à la dimension géographique de toute politique sanitaire.

Restait à définir qui serait en charge des malades non domiciliés à Paris. Ce rôle fut dévolu à l'Hôtel-Dieu qui devait assumer, de par sa taille, le résidu inévitable de l'affectation stricte des autres établissements : « malades non-domiciliés », donc, mais aussi toute les personnes « qui ne peuvent être traitées dans les hospices d'arrondissement », que ce soit pour cause de « maladie particulière » ou de manque de place¹¹⁸⁹. Le fait peut paraître étonnant, mais aucun de ces hôpitaux ne fut investi de fonction particulière pour raison d'excellence ou même de réputation, pas même Necker¹¹⁹⁰ ou l'Hôtel-Dieu, lieu de la première clinique médicale. Seule la Charité se vit reconnaître quelque compétence particulière, en l'occurrence en matière chirurgicale : second et dernier « hospice de service général », cela n'impliquait pas cette fois d'avoir à gérer les cas « hors-cadre », mais « les maladies qui exigent les grandes opérations

1187 cf. supra p.326.

1188 infra Section 2.3.1.

1189 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a, p.7, art. XVI.

1190 Sur la bonne réputation de l'hôpital fondé par Mme Necker en 1778, voir par ex. Imbert 1993, p.156 ou Weiner 1993, pp.38–40.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

de chirurgie »¹¹⁹¹. Hommage à la vieille « renommée de l'hôpital »¹¹⁹² en matière chirurgicale, et à la Clinique officielle qu'il abrite.

On le voit, le système, pour n'avoir pas été toujours respecté, était cependant bien pensé : des établissements répartis aux points cardinaux de la ville (laissant cependant un quart nord-est bien mal pourvu, ce qu'allait corriger bien plus tard les hôpitaux de Lariboisière et Tenon¹¹⁹³), un hôpital pour recevoir trop plein et cas particuliers, et enfin un dernier pour les cas chirurgicaux particulièrement délicat.

Ce plan ne fut pas qu'un « tigre de papier » : des mesures furent effectivement prises pour tenter de réaliser ces changements dans la destination des hôpitaux, et de leur arracher, en quelque sorte, leurs populations d'Ancien Régime. Nous prendrons ici trois exemples :

Premièrement, l'Hôtel-Dieu. Parallèlement à la commission mise sur pied le 10 mai 1802 pour « interroger » les invalides résidant dans les hôpitaux¹¹⁹⁴, sur les conclusions de laquelle nous reviendrons dans quelques pages, le CGH prenait le 15 juin 1803 un arrêté ordonnant le transfert de 60 hommes et 62 femmes de l'Hôtel-Dieu à l'hospice national des hommes et à l'hospice national des femmes¹¹⁹⁵.

Un peu moins d'un an plus tard, en février 1803, l'administration insiste et demande à Le Preux (médecin chef de l'Hôtel-Dieu), Thouret (directeur de l'école de santé) et Duchanoy (membre commission administrative) de rendre un rapport aux objectifs clairs : proposer des

1191 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a, p.8, art. XVII.

1192 Jourdan 1837, p.57.

1193 La construction de Lariboisière, inauguré en 1854, fut décidée dès 1839. Tenon ouvre un quart de siècle plus tard, en 1879. Sur ces deux hôpitaux, modèle d'architecture hygiéniste, voir Barillé 2007 ; Laget 2007.

1194 Commission composée de Duchanoy, Moustelon & de directeurs de Bureaux de Bienfaisance.

1195 Arr. CGH 1528 du 26 prairial an XI, 136 FOSS⁴ F°581.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

moyens pour premièrement empêcher que des chroniques ou incurables soient admis à l'Hôtel-Dieu et deuxièmement diminuer la durée de séjour¹¹⁹⁶. Le rapport rendu devait proposer que

« pour éviter à l'avenir que l'Hôtel-Dieu soit encore surchargé par eux, on pourroit recommander à la réception centrale d'envoyer à la Charité et dans les petits hospices tous les vieillards qui s'y présenteroient en exceptant de cette mesure tous ceux qui seroient jugés être dans un cas d'urgence, attendu qu'il est plus facile de les y surveiller et de les en faire sortir qu'à l'hôtel-dieu, où plusieurs causes réunies ont pu et peuvent encore concourir à y prolonger leur séjour. Il paroît même vraisemblable de croire qu'il leur a suffi de se dire du moins jusqu'à présent sans aucune espèce de ressource pour apitoyer sur leur sort, et s'y faire conserver. Ces inconvénients qui ont lieu à l'hôtel-dieu ne peuvent exister dans les petits hospices où il suffit d'un coup d'œil pour tout apercevoir, et où tous les mouvements sont plus rapides »¹¹⁹⁷

Ces idées furent mises en pratique plus tard, à la Pitié¹¹⁹⁸.

Deuxièmement, la Pitié, Orphelinat qui allait devenir un des principaux hôpitaux parisiens : le 4 avril 1802, un rapport relatif aux enfants qui ont passé l'âge de rester à la Pitié est rendu au CGH, où s'illustrent bien les critères de définition des bénéficiaires d'assistance que nous avons analysés¹¹⁹⁹. Sont différenciés les valides et les invalides, et parmi les valides, ceux qui ont appris un métier et les autres. Les invalides doivent être envoyés dans des maisons d'adultes parce que l'« on ne peut laisser avec des enfants un jeune homme de 18 ans ». Les valides ayant appris un métier doivent sortir puisque « l'administration ne leur doit plus rien qu'un certificat de bonne conduite ». Après avoir exprimé la compassion de rigueur pour ceux qui n'ont pas aussi bien réussi que les précédents, le *dura lex, sed lex* s'applique : « toujours est-il qu'un jeune homme de 18 ans, bien portant, n'a pas besoin de secours pour vivre ». Un arrêté suit le rapport, donnant injonction à la Commission de faire sortir avant le

1196 Arr. CGH 1303 du 27 pluviôse an XI, AAP 136 FOSS⁴ F°134.

1197 Arr. CGH n°1493, 136 FOSS⁴.

1198 cf. infra pp.424 & sq.

1199 cf. supra pp.310 & sq.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

1er prairial toute personne ayant atteint sa 17^{ème} année. Les invalides seront dirigés vers les hospices d'adultes, les autres recevront un vêtement et une « somme proportionnée à leur conduite et à leur besoin », dans la limite de 30F.¹²⁰⁰

Troisièmement, enfin, alors qu'il avait lui-même confirmé l'existence d'un hôpital spécifique pour les parturientes et leur subséquente évacuation de l'Hôtel-Dieu¹²⁰¹, l'administration se trouvait face à une situation délicate vis-à-vis des femmes certes en couche, mais aussi malades. En toute rigueur, elles auraient dû être admises dans les établissements d'arrondissement ou généraux pour leur pathologie, et une fois guéries l'être à l'Accouchement pour donner naissance à leur enfant. Naturellement, la réalité se trouvait être plus complexe, nombre de femmes malades finissant par accoucher dans des établissements qui n'avaient pas vocation à les recevoir, et qui ne disposaient ni du personnel ni du matériel approprié. La logique aurait voulu que ces cas soient traités dans une annexe de l'hospice d'Accouchement, solution qui ne pouvait être retenue pour des raisons de place et de fonds. Le CGH préféra pousser la logique de classification à son terme en réservant « à Cochin une salle pour les femmes qui tomberaient malades pendant les trois derniers mois de leur grossesse et pour les mères nourrices qui ne peuvent être traitées à domicile. ». Il s'en suivait que l'« On ne recevra plus de femme dans leur septième mois ni de nourrice dans les hôpitaux, sauf les vénériens pour les vénériennes, ou à Saint-Louis pour les galeuses ; les grands malades de la maison d'accouchement continu[ant] à être reçus à Cochin. ». Et l'arrêté de se conclure en rappelant que la réception des « femmes malades grosses »¹²⁰² devait se faire selon les modalités du règlement du 6 frimaire an X. Deux enseignements sont à tirer ici :

1200 Arr. CGH 608 du 14 germinal an X, 136 FOSS² F°290.

1201 L'hospice de la Maternité était une création de la Révolution. Prévu dès 1794 pour occuper les bâtiments du Val-de-Grâce, il ne s'installa que l'année suivante dans l'Ancien couvent de Port-Royal (section dite Allaitement, pour les enfants), rue de la Bourbe et l'Institut de l'Oratoire (section dite Accouchement), rue d'Enfer. cf. Beauvalet-Boutouyrie 1999, pp.59–70.

1202 Arr. CGH 3817 du 23 juillet 1806, 136 FOSS¹¹.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

d'abord, en concentrant ces cas problématiques (quoi que peu nombreux) dans une salle de Cochin, *sans qu'il soit prévu aucune prise en charge médicale spécifique*, le CGH les privaient sciemment du secours d'une des médecines les plus reconnues, dont il vantait lui-même, à l'occasion, les mérites, et pour laquelle il créa, à l'instigation de Chaptal, une école dans l'hôpital même¹²⁰³. Alors que pour nombre d'autres maladies internes, on aurait pu se retrancher derrière l'inefficacité réelle ou supposée des remèdes appliqués pour faire valoir qu'en dernier recours, le lieu de prise en charge importait peu, l'argument ne vaut pas ici. Ensuite, cette classification s'appliquait avec la même force aux femmes enceintes vénériennes et galeuses : elles étaient malades avant d'être enceintes. Autrement dit la classification, pour ces pauvres femmes, valait pour elle-même, au-delà de toute présence pathologique, et il fallut attendre les années 1809-1810 pour qu'une infirmerie soit installée à l'Accouchement, rendant la salle de Cochin caduque¹²⁰⁴.

Nous considérons ici cette typologisation bien plus sous le rapport de sa portée potentielle comme cadre adéquat à la pratique médicale clinique que comme réalité tangible, sans pour autant oublier qu'elle ne fut pas qu'un obscur projet, mais pris des formes effectives. Il sera question plus loin¹²⁰⁵ des deux principaux moyens par lesquels l'Administration tenta, sur la durée, de faire respecter ces distinctions inter-établissements et leur échec relatif.

Naturellement, nous n'ignorons pas les travaux sur les populations hospitalières, aussi bien dans la première que dans la seconde moitié du XIX^e siècle¹²⁰⁶, qui pour être parfois

1203 cf. Beauvalet-Boutouyrie 1999, chap.9.

1204 cf. Beauvalet-Boutouyrie 1999, p.64.

1205 cf. infra sections 2.2.1.

1206 Les références restant Boule 1986 ; Barillé 2007 pour Paris, Faure 1981 (notamment pp.60-78 et 172-177) pour Lyon.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

parcellaires, insistent tous à juste titre sur la diversité et la pauvreté des malades hospitaliers, qui peut-être perçue comme le signe de l'échec de la typologisation ici analysée. Pas plus que nous n'ignorons que parfois, l'administration elle-même participa aux contournements et « passes-droit » qui minèrent ses efforts classificatoires. Il est un exemple frappant du fait qu'elle restait elle-même prise dans des représentations contradictoires, en même temps que de l'intérêt d'autres institutions à une nette division des établissements :

Le 18 janvier 1816, l'administration, au mépris flagrant de ses propres directives, accorde logement et nourriture à un ex-surveillant et une ex-surveillante de la Charité, le fleuron de la médecine hospitalière, alors qu'ils arrêtent leur service dans le même hôpital de la Charité, en raison de leur âge avancé. C'est le préfet qui dû rappeler l'Administration à ses engagements, en s'en plaignant dans une lettre datée du 20 mars 1816 auprès du ministre. Il y prend la précaution notable de préciser qu'il ne dénonce aucunement la reconnaissance à ces deux employés de leur droit à la retraite, mais bien le fait qu'ils soient maintenus à la Charité. Le 4 avril 1816 le ministre donne formellement raison au préfet, rappelant que les personnels à la retraite doivent aller dans l'un des hospices de vieillards¹²⁰⁷, et ce pour deux raisons : d'abord, si l'on admettait à la retraite les agents des établissements là où ils ont travaillé, ils les encombreraient et occuperaient des places réservées aux malades. Ensuite, le prix de journée étant moins élevé dans les hospices, il en résulte une dépense inutile.¹²⁰⁸

2.1.3.2 Hospices et prix de journée

On touche là un point absolument essentiel des motivations économiques et morales de la typologie des établissements, et de notre problème premier : la construction du patient

1207 En l'occurrence et en toute rigueur celui de Montrouge dans le cas présent.

1208 Cependant, il finissait par écrire qu'il y consentait cette fois-ci. cf. AN F¹⁵ 1924

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

hospitalier. Quelle impérieuse nécessité commande de trier malades et indigents ? Nous espérons avoir pointé les principales composantes de l'intérêt médical à ce tri dans les pages qui précèdent. Mais une institution charitable telle que le CGH, qui avait précisément vocation, à travers les différentes branches de ses activités, à prendre à sa charge – *in fine* – l'ensemble des catégories de l'indigence souffrante pourrait faire un calcul inverse : préférer au contraire mutualiser totalement ses ressources pour ne pas fragmenter pas ses capacités d'accueil, et s'assurer de leur rendement maximal. Les pages qui précèdent exposent des motifs moraux (mélange des âges, mélange des sexes) qui expliquent, peut-être certes moins bien que la force de l'habitude, pourquoi de telles options n'ont jamais été discutées. Nous espérons qu'elles présentent également une *fonction*¹²⁰⁹ économique que l'hôpital vint remplir. Il nous reste maintenant le plus aisé : montrer que cette typologie n'est pas exempte de *mobiles*¹²¹⁰ économiques.

Ceci est aisé dans la mesure où l'argument est clair, nettement exposé, et avec relativement peu de nuance. Si le tri entre malade et indigent valide se fait sur un retour au travail en puissance, l'impérieuse nécessité qui pousse l'Administration à mettre en œuvre la mesure, c'est l'économie. Ou, plus précisément, le prix de journée¹²¹¹.

L'argument est clair parce que le prix de journée d'un établissement donné est calculé très simplement¹²¹² (bien plus que le taux de mortalité, par ex., cf.infra p.472) : en divisant les

1209 Au sens de rôle dans le système de production et d'échange de biens et services.

1210 Au sens de motivations pécuniaires.

1211 Sur le mode de production du prix de journée, son importance cruciale pour l'administration, et ses proximités avec la « méthode numérique », cf. infra, p.618 section 3.2.2.3.

1212 Quoi qu'il ne soit pas sans conséquence pour les calculs ultérieurs : dans les comptes rendus annuellement (AAP série 1M) la dépense moyenne par malade indiquée dans les tableaux comparatifs récapitulatifs est toujours inférieure (de quelques centimes à parfois 1,5F) à la réalité, parce que dans ces derniers le prix moyen de traitement est calculé en prenant un prix de journée tronqué au centième, et non pas arrondi, alors même qu'il est spécifié dans les comptes au dix-millième. Ceci confirme bien nos propos sur le prix moyen de journée comme guide objectif à la décision et moyen privilégié d'évaluation de l'action pour l'administration. cf. infra p.634.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

dépenses totales annuelles dudit établissement par le nombre de journées qu'il fournit au cours de la même année. Or, que constate-t-on quand on compare ces données à travers la période ? Que les prix moyens de journée des hospices sont largement inférieurs à ceux des hôpitaux :

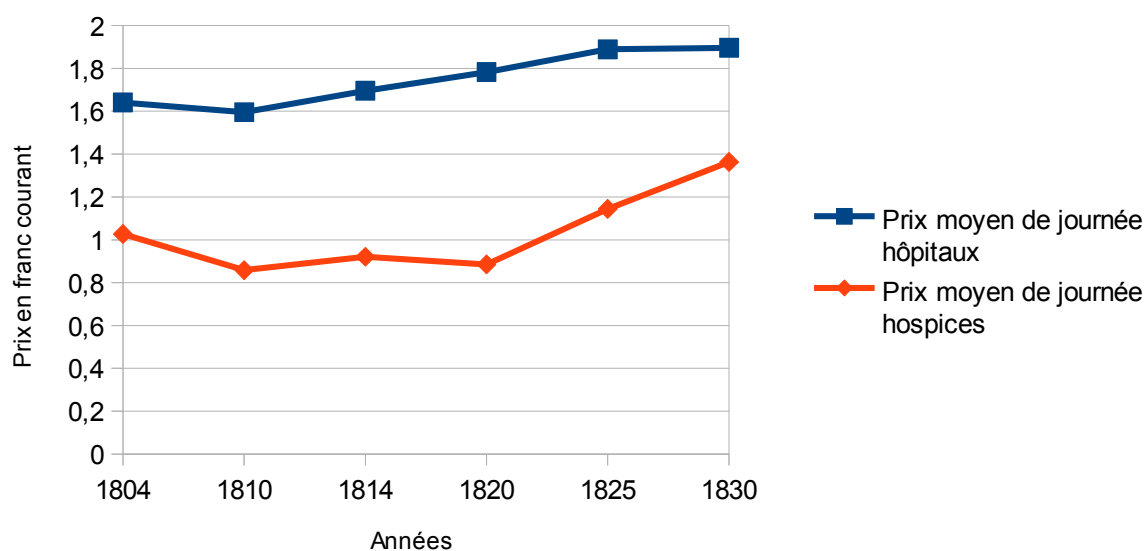


Illustration 11: Prix moyen de journée des hôpitaux et hospices, 1804-1830. Sources : AAP 1M & 2M

L'écart est encore plus marquant quand on exprime le coût d'une journée d'un invalide dans un hospice en une proportion de celui d'un malade hospitalier :

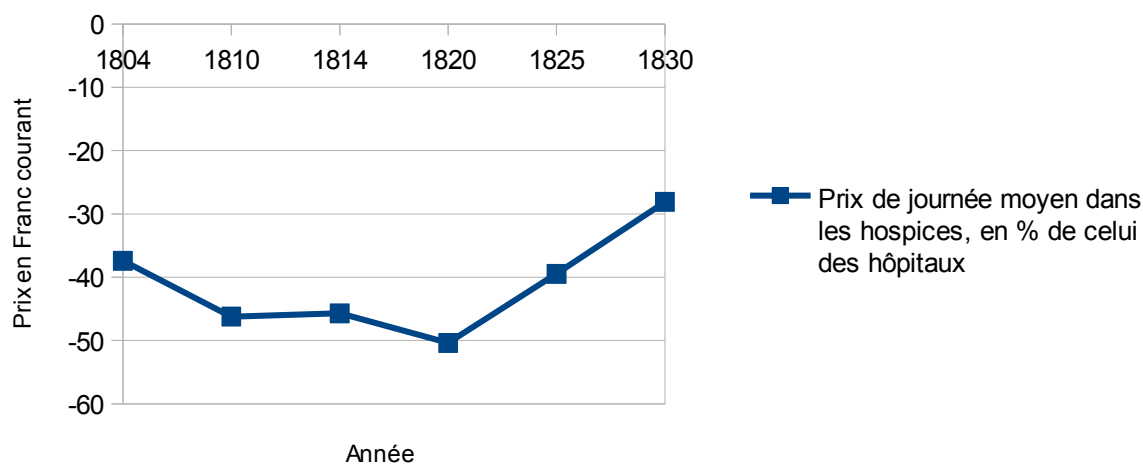


Illustration 12: Écart de prix moyen de journée entre hôpitaux et hospices, 1804-1830. Source : AAP 1M & 2M

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

De 1804 à 1830, pour tout individu occupant un lit hospitalier déplacé dans un hospice, le CGH fait une économie moyenne de 30 à 50% ! Naturellement, la chose ne leur avait pas échappé, et compte tenu de la massivité de l'écart¹²¹³, il devait effectivement apparaître à maints administrateurs comme une impérieuse nécessité de faire en sorte que les indigents valides n'occupent pas des lits de malades.

Quand le CGH prend dès ses débuts une série de mesures, plus ou moins efficaces, pour lutter contre les prolongations « indues » de séjours de malades dans les établissements, l'argument mobilisé n'est pas uniquement humanitaire, médical ou moral. Sans contredit, la surpopulation des établissements détériore les conditions de vie des pensionnaires, entrave l'efficacité des soins donnés (par contagion, par complexification du diagnostic dû au « mélange » des pathologies comme l'affirmaient les contempteurs de l'institution), et déprave les mœurs par promiscuité. Dans les attendus du rapport du 5 prairial an XI (25 mai 1803) précédemment mentionné¹²¹⁴, le prix de journée est clairement affirmé comme argument-clé en faveur d'une redistribution des populations :

« Depuis plusieurs années la maison est surchargée de vieillards et infirmes des deux sexes, et quoi qu'on en ait fait passer à Bicêtre et à la Salpêtrière un assez grand nombre à des époques différentes, ils sont encore dans le moment actuel au nombre de 120 à 130. Le séjour prolongé de ces personnes augmente de beaucoup la durée du séjour des malades. Le dit agent de surveillance pense que si le Conseil ordonnoit leur translation à Bicêtre et à la Salpêtrière, il en résulteroit une économie qui viendrait de la différence du prix des journées de malades à celui des journées de bons pauvres¹²¹⁵.

C'est à la suite de ce rapport que le conseil arrêta que la Commission Administrative nommerait un commissaire pour examiner les vieillards et infirmes qui pourraient être

1213 Si la journée dans les hospices est plus économique que celle dans les hôpitaux sur presque tous les postes budgétaires, la différence s'explique principalement par différence de régime alimentaire (à l'exception du pain), de masse salariale et de linge (habillement et buanderie). Sur le régime des différents hôpitaux et hospices, voir Annexe XIII.

1214 cf. supra p.334.

1215 Arr. CGH n°1493, 136 FOSS⁴ F°530.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

transférés à Bicêtre ou la Salpêtrière.

Volonté continuée près de treize années plus tard et pour les mêmes motifs, dans cet arrêté du 22 janvier 1817 concernant les moyens d'assurer l'évacuation des hôpitaux et empêcher les malades d'y prolonger leur séjour sans motif au-delà de la durée prévue : suite au rapport d'une commission sur les vieillards incurables sans asiles « qui réclament et forcent pour ainsi dire leur admission dans les hospices », il fut décidé que « Les agents de surveillance tiendront un registre à part des septuagénaires et octogénaires et de ceux qui résident depuis plus de 2 mois ; ils se procureront par tous les moyens possibles, des renseignements sur le domicile et les relations de ces malades et leurs moyens d'existence antérieurement à leur entrée à l'hôpital ; » les médecins & chirurgiens du bureau central d'admission se rendront 1 fois au moins tous les 2 mois dans les hôpitaux pour « visiter les malades et désigner ceux qui doivent en sortir suivant les règlements » (sur les registres prévus par art.1 dudit arrêté), le rapport des médecins & chirurgiens du bureau central devant être remis au CGH tous les deux mois¹²¹⁶. Un an plus tard, une autre série de mesures est prise pour limiter les admissions par urgence (réglementation des admissions temporaires, visites régulières des médecins du Bureau Central d'Admission, obligation pour l'agent de surveillance de demande aux médecins d'un avis motivé pour les séjours de plus de deux mois, etc), dans le même but d'« éviter qu'ils [les malades] ne prolongent indûment leur séjour ». Dans les attendus de la décision, il est clairement stipulé qu'il est contraire aux règles d'une bonne administration et beaucoup plus onéreux de laisser les malades au-delà de la durée exigée que de les secourir à

1216 Arr CGH n°20535 du 22 janvier 1817, AAP 136 FOSS⁴⁵ F°210. La question n'est pas de toute première jeunesse : Fosseyeux 1912, pp.310 & sq écrit que dès le XVII^e siècle « Pour se débarrasser de ces « bouches inutiles », le Bureau ordonnait aux médecins et chirurgiens de fréquentes visites générales afin d'exiger leur sortie [il référence pas moins de 30 délibérations s'y rapportant rien qu'entre 1628 et 1639] » Mais les sœurs, qui les employaient parfois comme serviteurs, les cachaient à l'occasion, ou au contraire les dénonçaient. Mi XVII^e on tenta la création d'une maison de convalescents, puis leur placement en 1676 à Saint-Louis. Sans grand succès.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

domicile ou dans les hospices ...¹²¹⁷

La gestion et la situation des hospices n'entre pas dans le cadre de ce travail, si ce n'est dans leur rapport avec les hôpitaux. Il convient ici d'en détailler les raisons. Nous l'avons dit, les arrêtés du 6 frimaire et du 18 vendémiaire an X, en précisant les règles d'admissions aux hôpitaux et aux hospices respectivement, contribuèrent à faire de l'hôpital le lieu de la médecine parisienne, et ceci parce qu'une même institution, dirigeant hôpitaux et hospices, pouvait leur attribuer des destinations, et des populations distinctes. Cette séparation, fructueuse pour la médecine à venir, reposait ultimement non pas sur des fondements médicaux, mais sur des motifs gestionnaires qui eurent pour conséquence de voir l'hôpital remplir une fonction dans l'économie du savoir médical, mais aussi dans l'économie du système de production.

Sans entrer trop avant dans les détails, il semble important de prendre la mesure de ce que ceci impliqua pour le Conseil Général des Hospices. En jetant quelques esquisses des conséquences de ce mouvement dans la gestion des hospices pour indigents invalides, nous espérons montrer premièrement que ces choix n'étaient ni évidents, ni sans conséquences ; deuxièmement que l'administration fit montre de la même volonté classificatoire dans les hospices et que par conséquent si cela venait rencontrer des desiderata médicaux ses motivations n'étaient pas strictement médicales ; et troisièmement que si bien des similitudes entre hôpitaux et hospices perdurèrent très avant dans le siècle, la séparation initialement établie les rendaient justiciables de logiques de gestion fondamentalement divergentes.

¹²¹⁷ Arr CGH n°25543 du 23/12/1818, 136 FOSS⁵⁴ F°553-563. On pourrait également citer le Compte moral pour 1819, AAP Bibliothèque Finance 15U.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

Le principal problème auquel doit faire face le CGH dans sa gestion des hospices, c'est la nomination aux places vacantes.

Pour Imbert,

« Des conditions très sévères d'âge, de santé, de conduite et de pauvreté furent exigées pour l'entrée aux divers hospices, conditions sur lesquelles le Conseil général n'admit jamais le moindre passe-droit. Lui-même se montra très impartial dans l'ordre de ses nominations, tenant compte la plupart du temps de la date d'inscription sur la liste des expectants. La pratique des recommandations politiques se perpétua pour les places réservées au gouvernement : le Ministre de l'Intérieur en revint même à la pratique de l'Ancien Régime de désigner par avance les futurs bénéficiaires de places non encore vacantes, et il en résulta qu'en 1813, le Ministre était réduit à l'alternative de violer ses engagements ou de ne plus exercer en réalité son droit de nomination. »¹²¹⁸

Instrument de paix sociale, de patronage et de reconnaissance, attribut discrétionnaire du pouvoir, le droit de nomination à ces places avait de bonnes raisons d'attiser les tensions.

Toute personne souhaitant se faire admettre dans un hospice devait être inscrite sur les listes d'indigents d'un bureau de bienfaisance. La population indigente de Paris étant très importante¹²¹⁹, le nombre d'impétrant s'allongea rapidement. Les droits de nominations aux hospices étaient répartis entre le gouvernement, le gouverneur de Paris, les deux préfets (de département et de police), le CGH en tant qu'institution, la commission administrative et

1218 Imbert 1954, p.254.

1219 Au début du XIX^e la population indigente *inscrite* (sur les listes des bureaux de bienfaisance) de Paris (qui dépend donc des 48 bureaux de bienfaisance de la capitale et qui peut éventuellement prétendre à un lit à la Salpêtrière, à Bicêtre, ou aux Incurables, par exemple) est de 111 626 personnes (pour une population totale de 547 000 habitants d'après le recensement) cf. Martin-Doisy 1857, p.187. Buret donne 54571 indigents inscrits en 1817 et 53541 en 1835 cf. Buret 1840, pp.267–269, pour une population recensée de 713 966 habitants en 1817 et 785 866 en 1831 cf. Fierro 1996, p.279. Nous ne discutons pas la « réalité » de ces chiffres, qui ne représente que le nombre de ceux que l'administration a bien voulu inscrire sur ces listes, et non l'état de la population à travers la période. Sur ce point, cf. Duprat 1997, chap.1: Misère réelle, misère légale Nous voulons simplement indiquer la disproportion entre le nombre de lits dans les hospices (de l'ordre de 8000, à 300 près pendant toute la première moitié du XIX^e siècle) et le nombre de personnes pouvant y prétendre, et donc l'acuité de la question des nominations à ces places.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

l'agence de secours à domicile du CGH, le membre du CGH chargé de l'hospice où une place devenait vacante, le membre de la Commission Administrative chargé du même, et les bureaux de bienfaisance (puis les comités centraux de bienfaisance après 1818)¹²²⁰. Les autorités représentées étaient nombreuses et puissantes, leurs intérêts divergents, et les ressources rares. Cela « ne tarda pas à créer de multiples protestations chez les « expectants ». »¹²²¹ Nous ne les relaterons pas ici, mais elles furent vives, surtout pendant les quinze premières années du siècle, semble-t-il. Le CGH prit de multiples décisions pour limiter voire stopper les admissions dans ses hospices de façon à faire baisser leur surpopulation¹²²², tentant à l'occasion d'empiéter sur les droits déjà bien minces des Bureaux de Bienfaisance¹²²³ ; décisions qui furent souvent contestées (par le ministre)¹²²⁴, parfois ouvertement contournées (par le préfet de police)¹²²⁵. Point intéressant sur lequel nous

1220 La répartition précise des places vacantes fut modifiée par les arrêtés du 22 frimaire an XII (14 décembre 1803), 3 pluviôse an XIII (23 janvier 1805) et 8 juillet 1818 qui la fixa ainsi :

4 à la nomination du Gouvernement (en l'occurrence, le ministre de l'Intérieur)

1 à la nomination du Gouverneur de Paris

2 à celle du Préfet du département et du Préfet de police

7 à celle du Conseil général des hospices

2 à la nomination de la commission et de l'agence

2 à celle du membre du Conseil général chargé de l'hospice

1 à celle du membre de la Commission chargé de l'hospice

12 à celle des comités centraux de bienfaisance

Le CGH se taille donc la part du lion, la nomination de 12 places sur 31 lui revenant, à lui où à ses membres en propre. cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.621, note 1.

1221 Imbert 1954, p.253.

1222 cf. parmi d'autres : Arr. CGH 27 nivôse an XIII (17 janvier 1805) sur la limitation des lits à Bicêtre et la Salpêtrière ; Arr. CGH du 7 mars 1810 interdisant les admissions dans les hospices et prescrivant que les « individus trop âgés et infirmes » ayant droit aux hospices mais ne pouvant rester chez eux soient dirigés vers l'Hôtel-Dieu par le BCA, arr. CGH 11437 du 8 janvier 1812 AAP 136 FOSS²⁷ F°4-5 sur les conditions d'admission à Bicêtre ou à la Salpêtrière, indiquant leur suspension depuis plus de deux ans, et accordant la priorité aux octogénaires, aveugles et paralytiques, et à défaut aux plus âgés et plus infirmes ont les infirmités seront constatées par le BCA.

1223 cf. Rapport au CGH sur les infractions au règlement d'admission du 21 août 1811 où le CGH tente de soumettre les nominations des bureaux de bienfaisance à l'approbation de la 4e division. AN F¹⁵ 1920.

1224 Lettre de Barbier-Neuville (chef de la division de la 3e division du ministère de l'intérieur de l'an X à 1814, « division relativement hétéroclite, regroupant les hôpitaux, les bâtiments, les sciences et les beaux-arts », cf. Moullier 2004) au CGH du 7 septembre 1811, AN F¹⁵ 1919.

1225 cf. arr. CGH 1707 du 2e jour complémentaire de l'an XI (19 septembre 1803) ; lettre du 21 juin 1811 de Mourgue, Vice-Président du CGH au ministre de l'intérieur, accusant Dubois, préfet de police, de faire admettre de force beaucoup trop d'indigents à Bicêtre et à la Salpêtrière sous couvert de la loi contre la mendicité et le vagabondage, parce que le dépôt de mendicité de Villers-Cotterêts est lui-même surpeuplé, AN F¹⁵ 1919 ; et les tentatives de transformer ces deux hospices en extensions du dépôt de mendicité, cf. lettres du 14 septembre 1811 et 21 octobre 1813, cf. AN F¹⁵ 1921.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

reviendrons par la suite : ces limitations d'admission qui visaient en général les deux plus grands établissements – Bicêtre et la Salpêtrière, que ce soit en interdisant de nouvelles admissions, ou en arrêtant un nombre donné de lits dans chacun d'eux – se faisant dans cette dernière, « indépendamment des lits destinés aux folles et aux épileptiques qui ne peuvent être limités ». D'un point de vue gestionnaire, cette exemption n'était pas complètement indifférente¹²²⁶.

Dans la perspective adoptée ici, il est édifiant de constater que malgré un climat relativement tendu, des admissions régulièrement suspendues (de 1806 à 1808 et de 1809 à 1811 par exemple), le CGH continua à appliquer un tri dont il supportait les conséquences par ailleurs, donnant manifestement la priorité à l'évacuation des invalides et incurables des hôpitaux vers les hospices, accentuant la pression sur ces derniers. Ainsi l'arrêté du 27 mars 1802¹²²⁷ annonce comme priorité le triage des indigents valides des indigents malades en interdisant à la Commission Administrative de ne donner aucun avis sur les places disponibles avant d'en avoir prévenu le Conseil et en lui enjoignant de présenter un état des personnes qui sont dans les hôpitaux de malades « & qui par leur état d'indigence, de vieillesse ou d'infirmité habituelle demandent à être admis dans des hospices de valides ou d'incurables ».

Deuxième point, le CGH appliqua des mesures comparables, bien que peut-être moins visibles, de classification intra-établissement dans les hospices.

Paul Bru, résume de la sorte le règlement de vendémiaire an X sur les admissions dans les

1226 On comptait environ 600 folles et épileptiques à la fin de l'an XI (en baisse depuis leur évacuation de l'Hôtel-Dieu) pour 4000 lits (cf. Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.84,98) et 1500 pour 5400 lits en 1828.

1227 Arr. CGH 591 du 6 germinal an X, AAP 136 FOSS² F°261.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

hospices : « un règlement de 1801 défend d'admettre à l'infirmierie tout indigent qui ne serait pas malade, ordonne de séparer fous et valides, de placer les épileptiques dans des quartiers séparés, dont dépendait des promenoirs séparés aussi. On forma plusieurs divisions qui classèrent les admis par age et infirmité. On envoya les enfants aux orphelins et orphelines, n'accepta plus les malades pour lesquels il y avait des établissements spéciaux. »¹²²⁸

Démonstration de la même volonté de typologiser que dans les hôpitaux, donc. Les hospices se voient eux aussi spécifier ou confirmer des populations cibles¹²²⁹, et une organisation interne selon des « catégories de malheureux ». Les conditions d'accès à Bicêtre et la Salpêtrière ont déjà été mentionnées : avoir soixante-dix ans, des certificats de bonne mœurs, et être inscrit sur les listes d'indigence. Mais la politique du CGH allait évoluer. Pour des raisons qu'il ne nous a pas été possible d'élucider en détail (pression des listes d'attentes pour les hospices s'allongeant, pression ministérielle devant le mécontentement suscité par le durcissement des règles d'admission, très vraisemblablement), le 17 avril 1805 il prenait un arrêté contrevenant à ses règles autorisant « provisoirement » l'admission à Bicêtre et la Salpêtrière d'infirmes et d'incurables au dessous de soixante-dix ans, selon les formes habituelles ajoutées d'un certificat d'un officier de santé¹²³⁰ du Bureau Central d'Admission constatant que « les infirmités [sont] être assez graves pour mettre le sujet [...] affecté dans

1228 Bru 1890.

1229 Le règlement de vendémiaire affectait :

Montrouge et l'hospice du Saint-Nom-de-Jésus (qui allait disparaître pour devenir la Maison de Santé ») à « servir de retraite pour les personnes qui, sans être dans un état d'indigence absolue, n'auront pas des moyens suffisants d'existence ». Elles y seront reçues contre paiement. Pourront y être reçu, « aux mêmes charges[...] ou à titre de retraite, les anciens employés, hospitalières et fonctionnaires » dans la même situation. Ce sera le principal objet de Montrouge.

Les Petites-Maisons aux « époux en ménage » selon les dispositions existantes (contre paiement)

Bicêtre et la Salpêtrière (qualifiés « d'hôpitaux généraux ») aux indigents valides de l'un et de l'autre sexe et aux insensés et épileptiques jusqu'à ce qu'il en soit autrement ordonné.

Les Incurables et les Récollets pour les personnes percluses de leurs membres et les enfants incurablement infirmes, selon leur sexe.

Un hospice pour filles et garçons orphelins jusqu'à 2 ans (dit de l'Allaitement), et un pour chacun des deux sexes au delà. cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802b, pp.2-4, titre premier, art. V-XI

1230 Au sens de « médecin ou chirurgien », pas dans l'acception d'officier de santé reçu d'après la loi de 1803.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

l'impossibilité absolue de travailler »¹²³¹. Les infirmités « éligibles » furent même spécifiées le 5 juin de la même année, se sont :

1. La paralysie ancienne
2. L'agitation ou tremblement continu de tout le corps ou des membres
3. L'incontinence absolue d'urine ou de matières fécales
4. Les anévrismes internes
5. Les cancers, les vieux ulcères, les hernies graves et complètes qui ne sont pas susceptibles de réduction
6. La cécité et autres maux d'yeux incurables et qui empêchent la vision
7. Les difformités des pieds et des mains, la perclusion des membres, la mutilation
8. L'hydropisie invétérée, l'asthme violent et habituel et autres maladies qui réduisent à garder le lit continuellement ou très souvent, ou qui privent pour toujours de la faculté de travailler.¹²³²

Ce qui est remarquable à notre sens, c'est que ces « infirmités » sont presque toutes décrites en termes fonctionnels¹²³³, et non médicaux alors que cela aurait été évidemment parfaitement possible¹²³⁴. On voit bien que l'objectif de ces mesures « temporaires » qui allaient devenir pérennes à partir de 1805 était d'ouvrir les deux principaux hospices pour indigents aux « incurables ». Mais le mouvement inverse était aussi vrai.

Pastoret expose la politique d'admission du CGH aux Incurables en expliquant, dans le ton des notables de la Restauration, que la Révolution avait introduit du désordre dans les admissions et dans les règlements ayant cours jusque-là. L'administration les rétablit. « Ils exigeoient que les personnes reçues eussent des maux invétérés et qu'on ne pût espérer de guérir, qu'elles eussent au moins vingt ans, qu'elles fussent pauvres, sans restes, revenus ou autres biens, et hors d'état de gagner leur vie, qu'elles fussent de bonnes mœurs. », la liste des

1231 Arr. CGH 2717 du 27 germinal an XIII, AAP 136 FOSS⁸ F°292.

1232 Arr. CGH 2775 du 16 prairial an XIII, AAP 136 FOSS⁸ F°440-441.

1233 D'où l'insistance sur les membres (tremblant, difformes) et la vue.

1234 Pour un bel exemple d'une telle description, voir Anonyme 1785.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

maladies admissibles¹²³⁵ et exclues¹²³⁶ étant positivement définie¹²³⁷. Mais ce rétablissement n'est que partiel : dès mars 1804 l'établissement fut autorisé à accueillir également des personnes de plus de 70 ans exemptes des maladies « qui les rendissent incurables » autrefois spécifiées¹²³⁸.

Ce changement de politique d'admission est pertinent et signifiant. Pertinent parce que spécifier des maux « suffisants » et « insuffisants » pour accéder à l'hospice avait un sens quand il était géré par le bureau de l'Hôtel-Dieu¹²³⁹. Ceux qui ne correspondaient pas aux réquisits minimum étaient pris en charge ailleurs (logiquement dans un des établissements dépendant de l'Hôpital Général ou aux Petites Maisons, dépendant du Grand Bureau des Pauvres), ou pas du tout, mais il importait peu. Mais si le CGH a la main sur tous les établissements, la logique devient caduque, voire contre-productive¹²⁴⁰. Signifiant parce qu'en faisant lentement converger les conditions d'admission dans les Incurables, Bicêtre et la Salpêtrière, l'administration contribue à renforcer puissamment la dichotomie entre hospices et hôpitaux, et le rôle central qu'y joue la capacité au travail.

La méconnaissance de cet élément fondamental de séparation pousse d'ailleurs Jean

1235 Paralyse, « agitation ou le tremblement continuel de tout le corps ou des membres », cancers, luxations parfaites des vertèbres, « gouttes nouées spécialement des mains », etc. « et les autres maladies qui affectent pour toujours toutes les habitudes du corps, mettent hors d'état de gagner de quoi vivre et réduisent à garder le lit continuellement ou au moins très souvent » auxquelles ont adjoignit en 1805 « quelques maladies qu'ils n'avoient pas expressément indiquées [les règlements d'Ancien Régime], comme les anévrismes internes, la cécité et autres maux d'yeux incurables qui empêchent la vision, les difformités des pieds et des mains, etc. toujours avec l'effet général de réduire à garder le lit et d'empêcher pour toujours toute espèce de travail. » Pastoret 1816, p.169 Notez la proximité avec la liste des 8 infirmités admises à Bicêtre et la Salpêtrière.

1236 Maladies intermittentes, boiteux, estropiés *d'un bras*, aveugles, « vieillards qui n'ont d'autre infirmité que leur âge », épileptiques, teigneux, vénériens, hernies réductibles et contagieux en général, fous.

1237 Pastoret 1816, pp.167–168.

1238 Et également saines des maux exclus, sur certificat, une fois de plus, du bureau central.

1239 Comme c'était le cas depuis sa création, en 1637.

1240 *A minima*, le même individu obtient pour les mêmes maux une admission à Bicêtre ou à la Salpêtrière.

Mais il peut éventuellement réussir à se faire admettre dans un hôpital.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

Delamare et Thérèse Delamare-Riche à écrire des demi-vérités :

« [le] Conseil général des hospices nouvelle créé s'efforçait de doter Bicêtre d'un nouveau règlement d'entrée et de lui fixer par lui-même une nouvelle vocation : celle d'un hospice destiné aux vieillards indigents et aux infirmes. Une décision datée du 13 vendémiaire an X (15 décembre 1801)¹²⁴¹ posa en principe que l'établissement serait désormais réservé aux seuls indigents, les autres catégories de pensionnaires devant être recueillies dans les différentes maisons hospitalières de la région parisienne.

Décision mal appliquée, puisque les enfants incurables, épileptiques et « insensés » continuèrent pour très longtemps encore à figurer dans la population bicestrose. »¹²⁴²

Les hospices, dont Bicêtre et la Salpêtrière sont les archétypes, doivent certes obéir à un ordre et donc recueillir des populations spécifiques – quoi que de moins en moins, comme on vient de le voir –, mais ils ont avant tout pour vocation à décharger les hôpitaux de ceux qui resteront en marge du marché du travail à moyen ou long terme. C'est le cas des enfants incurables, des épileptiques et des insensés, et sous ce rapport, leur présence à Bicêtre n'est pas un aveu d'échec.

Précisons ici que les admissions dans les hospices étaient soumises à des procédures quasi identiques à celles des hôpitaux, même si ces dernières furent édictées antérieurement. En fait, on peut même avancer que les admissions ordinaires dans les seconds étaient calquées sur les admissions dans les premiers : on a déjà mentionné les avis nécessaires des officiers de santé des bureaux de bienfaisance pour l'admission aux hospices¹²⁴³, ils furent bientôt secondés, comme pour les admissions ordinaires dans les hôpitaux, par les médecins du Bureau Central d'Admission. Ceux-ci, dès 1806, devait émettre un certificat autorisant l'admission aux hospices (non seulement pour les Incurables, mais aussi pour Bicêtre et la Salpêtrière), et

1241 Il s'agit du règlement du 18 et non du 13 vendémiaire.

1242 Delamare & Delamare-Riche 1990, p.114 Quoiqu'elles n'aient pas toujours été sans effets. cf. arr. CGH 380 du 14 frimaire an X (5 décembre 1801) expulsant 40 personnes « saines » de l'emploi des folles de la Salpêtrière et confirmant Pussin dans ses fonctions. AAP 136 FOSS¹ F°621.

1243 cf.Erreur : source de la référence non trouvée p.Erreur : source de la référence non trouvée.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

donc appliquer un tri dont les déterminants leur échappaient largement. Là réside un des multiples moyens par lesquels le CGH brouilla les distinctions nettes entre médecine et gestion administrative, faisant supporter à des personnels médicaux le tri ancestral entre « bon » et « mauvais » pauvre¹²⁴⁴. La chose était d'importance pour les premiers concernés, les indigents : dans la pléthore de demandes faites au ministre de l'intérieur, dans les années 1813-1820, environ un tiers de celles que nous avons pu consulter étaient appuyées de recommandations plus ou moins prestigieuses¹²⁴⁵, mais le chef de la troisième division, dans son rapport au ministre, fait systématiquement mention du diagnostic du Bureau Central quant aux capacités de travail¹²⁴⁶.

Que conclure de ces rapides considérations sur la gestion des hospices ? Pour l'essentiel, le fait qu'il appert que si l'on insiste à raison sur le continuel mélange des assistés dans les hôpitaux, que beaucoup de leurs admis étaient moins malades que miséreux, on ne relève pas assez qu'en établissant une distinction claire entre hôpitaux et hospices, en fixant leurs « populations-cibles » et les modalités de leur admission, l'administration les faisait entrer plus en plus dans des finalités divergentes. L'une, celle de la « nécessité », est celle des hôpitaux : l'objectif premier est de s'assurer que chaque malade aura un lit¹²⁴⁷, si possible répondant à ses besoins. Cela suppose de s'assurer que des places sont disponibles : soit en expulsant ou en interdisant l'accès des non-malades ou définis comme tels, soit en prévoyant

1244 La chose n'est peut-être pas une absolue nouveauté du XIX^e siècle, mais elle perdure certainement au XXI^e sous la forme inversée, pourrait-on dire, de la prise en charge médicale de la misère sociale. cf. par ex. Damon 2003 ; Bréchat, Leenhardt & Mathieu-Grenouilleau 2010 ; Peneff 2000.

1245 Preuve que les hospices, s'ils étaient un dernier recours, n'avaient probablement pas mauvaise presse partout.

1246 cf. AN F¹⁵ 1872 et 1873.

1247 On reviendra sur ce point p.680.

2.1.3 Hôpitaux généraux & Hospices

dès le départ des situations dérogatoires aux règles standards, parce que « nécessité fait loi ». L'autre, celle de la « gestion de la pénurie » est autre : face à un nombre d'indigents incommensurable aux moyens disponibles pour leur venir en aide, et dont la situation ne présente pas de caractère d'urgence¹²⁴⁸, et alors que les moyens en question se trouvent répartis entre diverses institutions et personnalités influentes, la principale problématique est d'établir des marques strictes et adéquates (pour ne pas dire justes) aux admissions, applicables par les différentes parties. Pour le dire grossièrement, la première conduira aux heures de gloire de l'hôpital traitant des maladies aiguës, la seconde aux questions de prévoyance (patronale d'abord, salariale ensuite) et « d'incertitude de l'existence ouvrière »¹²⁴⁹.

Dit encore autrement, dans un hospice pratiquant l'hospitalité indifférenciée, et où l'on entre parce que l'on ne peut plus subvenir à ses besoins, il n'y a rien d'étonnant à ce que le travail soit un critère discriminant. À dire vrai, le contraire l'eut-été. Mais quand s'annonce et s'affine la divergence entre hôpitaux et hospices, et que la médecine fait des premiers son temple, il n'est pas sans intérêt de constater que le vieux critère joue toujours à plein, voire même sur de nouveaux plans. Nous ne voulons pas non plus impliquer que le phénomène est propre au XIX^e siècle, nous avons vu que le phénomène de séparation est antérieur. Simplement il prend en ce temps et en ce lieu une envergure nouvelle – nous semble-t-il – et à l'analyse détaillée, il repose toujours sur les mêmes présupposés, alors que se couronne une nouvelle médecine et s'annonce un nouveau type de malade, qui est lui bien moins soumis aux critères de l'indigence ...

1248 Au sens où elle ne change pas brutalement, non pas qu'elle ne soit pas source de problèmes aigus à très court terme ...

1249 Pour reprendre les expressions de Henri Hatzfeld, Hatzfeld 2004, chap.I et III.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir »

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir »

Des vingt et un établissements qui furent sous l'autorité du CGH pendant toute la période, cinq seulement étaient prévus¹²⁵⁰ pour recevoir des pensionnaires payants. Deux hôpitaux de malades : la maison municipale de santé¹²⁵¹ et la maison de santé des vénériens¹²⁵² ; trois hospices : Montrouge, Sainte Périne¹²⁵³ et l'hospice des Ménages¹²⁵⁴.

Dans la mesure où nous essayons d'analyser les déterminants de la construction du malade hospitalier, nous ne nous intéresserons ici qu'aux deux premiers établissements. Ce sont les deux seuls de cette liste que le CGH ait fondé¹²⁵⁵, et cela traduit une volonté à la fois de tirer des revenus d'une demande solvable et en même temps de faire émerger une nouvelle figure de l'hôpital et de ses malades.

2.1.4.1 Une décision strictement économique ?

Si l'existence de « pensionnaires payants » dans les hôpitaux est attestée depuis le XIV^e siècle notamment¹²⁵⁶, ils ne sont pas des « malades payants » dans l'acception présente du

1250 Exclusion faite, donc, des établissements recevant des militaires contre prix de journée, ou des exceptions ponctuelles comme la réception des malades de la maison civile du roi dans 24 lits de la Charité, contre prix de journée, demandée et obtenue par Corvisart. cf. Arr. CGH 2607 du 3 pluviôse an XIII (25 septembre 1804), AAP 136 FOSS⁸ F°30-31.

1251 Fondée en 1802 par le CGH (Arr. CGH 437 du 16 nivôse an XII, AAP 136 FOSS² F°27-28, art. 5), populairement connue sous le nom de « Maison Dubois » – du nom de son premier chirurgien, Antoine Dubois –, qui prendra le nom de « Maison Royale de santé » par un arrêté du CGH du 10 janvier 1816 à sa translation dans l'ancien couvent des sœurs grises (c'est par exemple sous cette dénomination qu'elle figure dans Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.37) ; à ne pas confondre avec l'autre « Maison Royale de Santé », fondée en 1780, qui deviendra Montrouge en 1801 et sera rebaptisé La Rochefoucauld en janvier 1822.

1252 Fondé en 1808 par le CGH (cf. Arr. CGH 6586 du 3 août 1808, AAP 136 FOSS¹⁶ F°407-411), elle fermera ses portes en 1825 (cf. arr. CGH 44663 du 2 juin 1826, AAP 136 FOSS⁹⁵ F°652).

1253 Établissement privé au départ géré par des particuliers, il est intégré par décret impérial au domaine des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui en prend possession le 18 novembre 1807. cf. Arr. CGH 5662 du 18 novembre 1807, AAP 136 FOSS¹⁴ F°364-366.

1254 Anciennement Petites Maisons, dépendant du Grand Bureau des Pauvres et recevant vieillards, infirmes, mendiants et aliénés, le CGH le transforme en maison de retraite pour couples âgés.

1255 Des trois autres, seuls les Ménages changèrent de destination, sans que le CGH en soit le fondateur.

1256 Imbert 1993, p.119.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » terme. Ce sont soit des « donnés », léguant tout ou partie de leurs biens à un hospice en paiement de leur retraite dans l'établissement jusqu'à leur mort, soit des mendiants arrêtés par la maréchaussée en vertu de divers édits¹²⁵⁷ et pour l'internement desquels l'État payait aux hôpitaux un « prix de journée », ou enfin des militaires dont le ministère de la guerre défraie les hôpitaux où ils séjournent.¹²⁵⁸ Certes, des projets avaient été proposés par les réformateurs – notamment Chamousset¹²⁵⁹ – pour établir des établissements payants, sur le modèle des caisses d'entraide des corporations, mais aucun ne voit effectivement le jour.

Olivier Faure explique l'émergence du malade payant principalement par l'expansion des cliniques privées et par un intérêt croissant pour l'hôpital après les années 1880, intérêt croissant qu'il lie à la généralisation de l'antisepsie et de l'asepsie. Mais il discerne les linéaments de cette lente évolution précisément dans la Maison de Santé fondée en 1802 par le CGH, suivie de près par les Hospices Civils de Lyon :

« L'évolution des hôpitaux confessionnels vers la fourniture de services chirurgicaux est liée à un processus général qui explique aussi l'ouverture de cliniques privées accueillant des malades aisés et de cliniques mutualistes visant la clientèle des petites classes moyennes. [...] Soucieuses de répondre à la demande d'une clientèle aisée et d'augmenter leurs ressources, certaines grandes administrations hospitalières ouvrent des services ou même des établissements pour payants. Paris ouvre le feu avec l'inauguration en 1802 de l'hospice de santé ou maison de santé municipale pouvant accueillir 88 patients pour une somme quotidienne variant de 2 à 6 francs. »¹²⁶⁰

C'est à ce titre qu'il nous a paru intéressant de revenir brièvement sur les motivations de

1257 Notamment celui du 18 juillet 1724 sur la répression de la mendicité, que Christian Paultre qualifiera de « loi la plus importante sur cette matière qui ait été rendue sous l'ancien régime ». Paultre 1906, p.327.

1258 Les « paying inmates » de l'étude de l'hôpital de Caudebec par Marc Robichaud tombent tous dans ces catégories. cf. Robichaud 2005.

1259 Chamousset 1783, pp.93–134 quoi qu'il existe à la fin du XVIII^e siècle des corps de métiers qui passent parfois des accords avec l'hôpital local pour réserver quelques lits aux membres de leur corporation, et que Camus mentionne que « dans plusieurs hospices des départements, on a réservé quelques chambres pour des personnes qui payent », avant d'ajouter qu'il est préférable « de séparer absolument les personnes qui payent, des indigens traités sans aucune contribution de leur part » et que « la séparation de ces établissements est plus facile à Paris que partout ailleurs » Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.75 Et pour cause : il faut avoir suffisamment de clients potentiels pour leur réserver un établissement entier.

1260 Faure 2010, p.268. En fait la somme exigée en 1802 est de 1.5F pour tous. Ce n'est qu'après qu'elle fut différenciée, et augmentée. cf. infra p.370.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir »
cette fondation, première d'un genre promis à un grand avenir ...

Nous verrons que si elles furent des jalons importants, ces créations n'allèrent pas de soi. Les raisons économiques qui y présidèrent jouèrent un rôle non négligeable, mais elles témoignent aussi d'une véritable volonté de proposer des soins hospitaliers plus « dignes » (ou à tout le moins partiellement débarrassés de l'image de sordide concentration des maux de la terre attachée aux grands hôpitaux) à une partie des malades qui, sans être aisés, appartenaient à cette frange supérieure de la classe populaire qui n'était pas pauvre *stricto sensu* et pouvait vivre pendant les périodes fastes dans une aisance relative et précaire¹²⁶¹. Ce faisant, le CGH participait pleinement à l'essor de ce « marché de la santé » et de la « consommation thérapeutique » que Philip Rieder¹²⁶², Christelle Rabier et Matthew Ramsey¹²⁶³ ont étudiés pour les cas suisses et français. Mais s'ils ont bien analysé la constitution d'un marché de la santé et de la consommation médicale, ils l'ont fait essentiellement dans la perspective des efforts des praticiens médicaux, officiels ou non, à répondre à une demande existante, de la part de malades régulièrement disposés à faire « jouer la concurrence » – et à faire affaire alternativement avec une « communauté médicale » officielle et une « pénombre médicale » populaire¹²⁶⁴ dont les patients et pratiques se recoupaient. Or, comme l'a bien montré C. Rabier, « l'argent public » des systèmes étatiques et municipaux d'assistance fut un vecteur privilégié d'accès « à la consommation médicale et [...] une clé du succès professionnel des chirurgiens »¹²⁶⁵. Jean-Paul Domin a pour sa part très bien étudié une partie de la question

1261 cf. Ratcliffe & Piette 2007, pp.17 & sq.

1262 Rieder 2005.

1263 cf. Ramsey 2002, pp.284–291 en particulier ; Rabier 2008, chap.3 ; Rabier 2010b.

1264 Pour reprendre la catégorisation de Brockliss & Jones 1997.

1265 Rabier 2008, p.180 et plus généralement le chapitre 6 « les chirurgiens et le marché de la charité ». Sous ce rapport, la maison de santé semble particulièrement pertinente : outre qu'elle présente les caractéristiques de la future clinique privée, elle doit son surnom de « maison Dubois » précisément à un chirurgien...

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » sous un autre angle : « Réservés (sic) aux indigents, le dispositif hospitalier restait officiellement dans une sphère non marchande. Mais, par un système complexe, il participait à l'élaboration du marché de la santé (formation des médecins, effort accru en matière de recherche thérapeutique,...). Dès 1803, l'hôpital s'imposa comme une structure capable de réguler le marché de la santé »¹²⁶⁶. Mais son analyse macroéconomique de cette régulation pour notre période se concentre sur la captation par l'hôpital de la demande non solvable¹²⁶⁷. Toutefois, Domin pas plus que Rabier ou Ramsey n'analysent le pendant de ce mouvement : les configurations dans lesquels les institutions elles-mêmes cherchèrent à capter une partie de la demande potentielle de soins pour en faire un marché particulier, solvable.

C'est le cas, nous semble-t-il, des maisons de santé. La première fut créée dans les locaux de l'hospice du Saint-Nom-de-Jésus, faubourg Saint-Laurent¹²⁶⁸, d'abord promis à la maison d'inoculation, et finalement affectés au début de l'année 1802 à un hospice de 100 lits, « pour les personnes qui payeroient une somme déterminée, à raison de chaque journée ». Le malade de la maison de santé devant appartenir à ces « personnes qui, n'ayant pas les commodités pour être soignées dans leur domicile, se feroient un juste scrupule de partager les secours destinés à l'indigence ». Petit effet secondaire appréciable, la création de l'hôpital devait aussi couper court aux admissions de domestiques de grandes maisons : il était compréhensible que leurs maîtres ne veuillent les faire soigner chez eux, mais il était contraire à la bienséance

1266 Domin 1998, p.61.

1267 Selon le schéma reproduit en Annexe XII, et à raison : c'est la seule qui soit pertinente macroéconomiquement.

1268 Visiblement une confusion est parfois faite dans les localisations des divers établissements (par ex. dans l'ouvrage par ailleurs indispensable de Riché & Riquier 2000, chapitres sur Fernand Vidal et Charles Foix). Il faut dire que les changements de nom des voiries, des noms des établissements eux-même et de leur destination ne facilitent pas la tâche. L'hospice du Saint-Nom-de-Jésus, fondé en 1653 par Saint-Vincent de Paul et Louise de Marillac pour servir de maison de retraite, se trouvait rue du faubourg Saint Laurent, devenue rue du faubourg Saint Martin. Ces bâtiments recevront la maison de santé, et non l'hospice des Incurables hommes, installé dans le couvent des Récollets tout proche.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » qu'ils les fassent occuper des lits dont les indigents avaient un besoin pressant¹²⁶⁹. C'est en tout cas la relation que Camus fait des raisons de l'établissement de ce nouvel hôpital¹²⁷⁰. Sur ce dernier point cependant l'échec semble patent : la domesticité continuera à représenter une part importante des professions déclarées d'hospitalisés, sans que l'on sache si les personnes qui s'en réclame sont encore au service d'un employeur au moment de leur admission et y retourneront à leur éventuelle sortie, ou si c'est leur dernier emploi occupé alors qu'ils sont en situation de chômage¹²⁷¹.

Mais l'examen des plunitifs des réunions du CGH donne une version un peu plus nuancée. Si la destination de l'hôpital ne fait pas de doute, les circonstances et les motivations qui sous-tendent sa création ne semblent pas toutes présentées dans le rapport de l'administrateur. D'abord, l'arrêté fondateur de la Maison de Santé est celui du 16 nivôse an XII (7 janvier 1804) « relatif à la nécessité de réduire d'un million la dépense des hospices Salpêtrière, Bicêtre, Incurables, Petites maisons, Vieillards, Piété, Orphelins, Orphelines » précédemment mentionné¹²⁷². L'incitation à créer ce nouvel hôpital est donc largement budgétaire, les attendus de l'arrêté faisant référence à la décision du ministre de fixer la part de l'octroi municipal venant abonder la caisse des hospices de cinq millions de francs, entraînant « la nécessité de réduire d'un million la dépense »¹²⁷³. D'un autre côté, nous avons vu qu'en vendémiaire an X, soit un peu plus de deux ans auparavant, le CGH avait prévu d'affecter le

1269 Pastoret, quinze ans plus tard y ajoutera les personnes de passage, sans appui dans la capitale, qui « répugnent » à se rendre dans les hôpitaux. Pastoret 1816, p.208.

1270 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, pp.74–75.

1271 cf. Bouille 1986 ; Barillé 2007 et AAP Bibliothèque finance 15U, comptes moraux pour 1815-1820.

1272 Faire un renvoi à arr. CGH 437 du 16 nivôse an XII, AAP 136 FOSS² F°27-28 dans la section sur la réduction des dépenses, partie 2. Notons ici que l'idée d'un tel établissement avait déjà été avancée par le comité de mendicité de la Constituante, cf. Bloch & Tuetey 1911, p.762.

1273 Arr. CGH 437 du 16 nivôse an XII, AAP 136 FOSS² F°27-28. L'article 5 précisant que « Le petit hospice du nom de jésus rue du faubourg Saint-Martin sera consacré à la réception des malades en état de payer une somme déterminée laquelle est fixée à [...] 1 fr. 50 par journée de malade. »

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » même ci-devant hospice du Saint-Nom-de-Jésus à « servir de retraite pour les personnes qui, sans être dans un état d'indigence absolue, n'auront pas des moyens suffisants d'existence » où elles seraient reçues contre paiement. De là il apparaît que le CGH a fait un choix sous contrainte, mais qui pourrait être d'autant plus révélateur : pressé de réduire son déficit, il n'a pas choisi de maintenir l'institution dans sa vocation initiale, mais au contraire de la transformer en un hôpital d'un genre nouveau. Est-ce le signe d'une décision purement vénale ou à l'opposé d'une détermination à voir émerger un nouveau malade hospitalier ?

Sans pouvoir ici apporter de certitudes, nous penchons pour le second terme de l'alternative, et ceci pour deux raisons. La première, c'est que les membres du CGH sont globalement des notables conservateurs¹²⁷⁴ : établir un nouvel hôpital pour une nouvelle population était un pari risqué, ils devaient donc être attachés au projet pour le relever. La seconde, c'est que dans une perspective purement économique, leur choix s'avère contre-productif, ce qu'ils ne pouvaient ignorer. Si l'investissement initial dans un hôpital et un hospice devait être sensiblement comparable (quoique légèrement plus onéreux dans le premier cas de figure), le retour sur investissement est inférieur : le prix de journée est bien plus élevé¹²⁷⁵, et ils en avaient parfaite connaissance...

Les mêmes mobiles¹²⁷⁶ ont présidé à la création de la maison de santé des vénériens en 1808 dans une maison louée attenante à l'hôpital¹²⁷⁷. Les considérants de l'arrêté du CGH

1274 Et particulièrement peu joueurs avec le « bien des pauvres » cf. supra section 1.3.1.

1275 cf. supra section 2.1.3.2.

1276 Et les mêmes antécédents : il existait déjà des « malades payants » pour le traitement vénérien, en fait des soldats défrayés par le ministère : on admettait à la fin de l'Ancien Régime les gardes suisses et gardes françaises dans une salle particulière des petites-maisons prévue à cet effet, moyennant 15 et 30F respectivement. Pastoret 1816, p.88.

1277 Arr. CGH 6270 du 4 mai 1808, AAP 136 FOSS¹⁶, F°10-11. Cet arrêté précise les modalités de réception des vénériens dans l'hôpital, (dans un bureau particulier, par les membres du Bureau central d'admission et le chirurgien en chef de l'hôpital. Les malades seront divisés entre ceux qui doivent être admis, et ceux auxquels un traitement externe suffit) et annonce la création d'un traitement payant. C'est seulement le 3 août que le fonctionnement de ce dernier sera établi. cf. note suivante.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » fixant le règlement de la maison développent *mutatis mutandis* les mêmes arguments et s'appuient explicitement sur le succès de la maison communale de santé¹²⁷⁸. Il est intéressant de remarquer que si l'administration allègue d'une demande de soin solvable insatisfaite faute de place, elle ne fait aucune mention de la nature particulière de l'affection et des considérations morales et de santé publique qui l'entourent depuis des siècles¹²⁷⁹ : le malade payant a droit à quelques égards. Le rapport du Conseil Général du Département, consulté sur l'opportunité de la création de l'établissement et favorable au projet, reprend peu ou prou les mêmes justifications, y ajoutant que la maison de santé des vénériens hébergerait également le traitement externe¹²⁸⁰.

C'est donc au préfet de la Seine que revient le devoir de rappeler les défauts de la solution avancée dans ce concert d'enthousiasme, en particulier au regard des problèmes de santé publique posés par l'affection au traitement de laquelle l'hôpital est destiné¹²⁸¹. Pour Frochot, il serait plus judicieux d'étendre l'hôpital lui-même, trop petit : « dans son état actuel on ne peut guère y traiter que les maladies invétérées et confirmées, et que forcé de se borner à soulager des maux pour la plus part incurables, on ne peut rien faire pour atténuer la contagion ». Accentuant sa perspective d'intérêt général, il ajoute qu'avant de fournir des moyens de guérison plus sûrs et économes à ceux qui peuvent les payer, « l'administration [devrait]

1278 « Considérant le grand nombre de malades admis aux vénériens en état de payer et l'ayant proposé, la nécessité de les soigner, les avantages qu'il y aurait à pouvoir les recevoir dans un lieu particulier moyennant une somme déterminée parce que les hospices recevraient une juste indemnité et que ces personnes ne prendraient pas des places revenant aux indigents ; le succès de la maison de santé du Fbg St-Laurent dont le budget est équilibré et pourrait être bénéficiaire s'il y avait plus de lits ; la facilité qu'offre pour le traitement payant des maladies syphilitiques la maison de la rue du fbg St Jacques attenante à l'hôpital, le conseil général des hospices arrête [etc.] » Arr. CGH 6586 du 3 août 1806, AAP 136 FOSS¹⁶ F°407-411.

1279 Sur ce point, voir Quétel 1986.

1280 Qui permet aux admis de continuer leur activité professionnelle et ne coûtent 4F en moyenne par guérison contre 100 pour les internés. AN F¹⁵ 1874.

1281 Il n'est pas opposé par principe aux hôpitaux payants, bien au contraire. Nous n'avons trouvé trace d'une opposition quelconque de sa part à la création de la maison de santé, et il écrira, quelque peu hypocritement peut-être cinq ans plus tard, en préambule d'un nouveau règlement de la maison de santé des vénériens que « C'étoit une idée qui pouvoir devenir à la fois utile à l'humanité et profitable aux hospices » que d'ouvrir des maisons payantes pour ceux qui ne peuvent se payer un médecin particulier. AN F¹⁵ 1921.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » assurer les moyens de soulagement à ceux pour qui tous les genres de secours sont nécessaires ». C'est le prétexte pour lui d'attaquer le principe même de soins ambulatoires des maladies vénériennes¹²⁸², soins qui « sont toujours à peu près nuls & qu'il ne devrait jamais en être question pour la guérison des maladies qui se communiquent, parce qu'ils perpétuent la contagion en la laissant au milieu de la société. »¹²⁸³. Là encore, le choix fait par le CGH n'était pas sans inconvénients : dans le cas d'une maladie contagieuse le point de vue sanitaire commandait que les ressources publiques soient utilisées à fournir des soins aux plus grand nombre, et non des conditions particulières à quelques privilégiés.

Comment se fait-il que la maison ait vu le jour ? D'abord le préfet finit par se ranger aux arguments du Conseil Général des Hospices « lorsqu'on vient à envisager les moyens d'exécution ». L'immeuble attenant, disponible à la location, ne convient pas à une extension de l'hôpital, mais très bien à une maison de santé (par le nombre et la dimension des pièces), alors que l'augmentation de l'hôpital que le préfet appelle de ses vœux « entraînerait d'ailleurs des frais de premier établissement & des frais annuels forts considérables qui ne seraient jamais recouverts ». La position est pragmatique : mieux vaut une maison de santé maintenant qu'un éventuel agrandissement de l'hôpital quand on en aura les moyens. Ensuite, le ministre approuve l'idée, mais pour des motifs beaucoup plus moraux : cela distinguerait les individus « point entièrement dénués de fortune » des indigents, et libèrera quelques lits dans l'hôpital. Ce sont les mêmes motifs qui le poussent cependant à suggérer une autre localisation : la contiguïté de la maison et de l'hôpital est pour lui « un obstacle à sa prospérité ». La proximité, la desserte par les mêmes agents, la ferait considérer comme en faisant partie, « et il n'est pas douteux que cette idée en écarterait beaucoup d'individus ». Il propose donc qu'on la déplace dans l'ancien hospice de la rue Mouffetard, suffisamment éloigné pour qu'elle ne

1282 Sur l'établissement des traitements externe des vénériens, cf. supra p.236.

1283 AN F¹⁵ 1874.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » soit pas confondue, suffisamment proche pour que les médecins et chirurgiens soient communs¹²⁸⁴. Le bâtiment ne sied pas au CGH, qui le trouve insalubre et trop éloigné, ce qui l'obligerait à y installer du personnel supplémentaire. Il réfute l'argument du ministre sur l'effet dissuasif de la proximité des deux institutions, en expliquant que les deux ne communiquent que par une porte dans le fond du jardin pour le passage de l'agent et du chirurgien, et que donc les patients ne seront pas effrayés¹²⁸⁵. La maison de santé des vénériens sera donc installée selon ses volontés ...

Les prix de journée dont les malades doivent s'acquitter sont fixés dans les règlements d'admission. Dans l'arrêté originel, celui de la maison de santé était fixé à 1.5F¹²⁸⁶. Rapidement, il est différencié en trois tarifs : 3F pour les cabinets particuliers, 2F pour les lits au rez-de-chaussée et 1.5F pour les lits au second étage, puis dès janvier 1803 à 2F pour les lits dans les chambres communes, 3F dans les cabinets, 4F ou 6F dans les chambres particulières¹²⁸⁷. Les prix resteront très stables : ils n'augmenteront qu'en 1816 au moment du déménagement rue du faubourg Saint-Denis pour passer à 2.5F, 3.5F et 5 ou 6F respectivement, après quoi ils resteront inchangés jusqu'à la fin de la période¹²⁸⁸. Ceux de la maison de santé des vénériens sont semblables : à la création de la maison, ils sont de 2F par jour pour les chambres communes, 3F pour les particulières¹²⁸⁹. D'après Pastoret, ils passèrent en juillet 1813 de 3 à 2.5F pour les chambres communes (2 à trois lits), à 3.5F pour les « cabinets » (pièce fermée, mais plus petite qu'une chambre individuelle) et de 4 à 5F pour les

1284 AN F¹⁵ 1874.

1285 Arr. CGH 7083 du 14 décembre 1808, AAP. 136 FOSS¹⁷ F° 495-496.

1286 cf. supra note 1239.

1287 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.75 ; Pastoret 1816, p.209.

1288 Conseil Général d'administration des hospices civils de Paris 1824, p.38 et AAP 1M6, compte moral pour l'année 1828.

1289 Arr. CGH 6586 du 3 août 1806, AAP 136 FOSS¹⁶ F°407-411.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir »
chambres particulières.

Ces oscillations de prix ne sont pas sans intérêt. On y voit l'administration décider des modifications relativement faibles, mais rapides dans les premiers temps des créations, indiquant qu'elle cherche à adapter son offre à une demande qu'elle a quelque mal à évaluer. La différenciation des tarifs participe de la même logique : les prestations médicales sont identiques, tout comme le régime alimentaire (ce qui n'était pas le cas dans tous les hospices, comme aux Ménages), elle ne repose donc que sur les différences de confort du type de chambre choisi. Comme l'écrit Camus, « au moyen de cette différence, on assortit mieux les individus dans la classe qui paraît leur convenir »¹²⁹⁰. Autrement dit, la « grille tarifaire » est un instrument commercial qui remplit un objectif double : en manifestant la distinction sociale, elle capte différents segments de la demande solvable.

En proposant une hospitalisation à un tarif variant de 1.5 puis 2.5 à 6F, le CGH vise effectivement une population laborieuse relativement large (ne serait-ce que par l'amplitude tarifaire, de 1 à 4) mais pas nécessairement très argentée. D'après Vée, un ouvrier non spécialisé parisien gagne 2.5F/jour en 1833¹²⁹¹, et l'analyse détaillée de Rougerie, quoique mettant en garde contre le flou des données pour le premier tiers du siècle, estime le salaire journalier de l'ouvrier moyen entre 2.5 et 6F/jour (selon les sources et des métiers) en 1806 et entre 3 et 5F pour la majorité d'entre eux en 1830¹²⁹². C'est la frange supérieure de cette population qui est visée, la « bourgeoisie populaire » d'Adeline Daumard¹²⁹³. Nombre des malades fréquentant ces établissements payants n'avaient en tout état de cause pas les moyens de payer la visite d'un médecin à domicile, ou alors en dernière extrémité, et auraient

1290 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.75.

1291 Vée 1849, p.28.

1292 Rougerie 1968, p.79,100.

1293 Braudel & Labrousse 1993, p.894.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » probablement fini par aller dans un hôpital gratuit. Mais en offrant des soins hospitaliers dans un cadre différencié, pour une « somme modique » comme se plaisent à le rappeler les administrateurs, ils fournirent aux ouvriers spécialisés les plus aisés, petits rentiers et boutiquiers, à une partie des employés de commerce et des maîtres artisans qui forment une couche sociale transitoire entre petite bourgeoisie et prolétariat¹²⁹⁴, « au dessus du besoin, mais jamais à l'abri », comme les décrivent Piette & Ratcliffe¹²⁹⁵, une autre expérience du rapport à l'hôpital.

2.1.4.2 De l'offre et de la demande

Après avoir dégagé les motifs de création de ces deux maisons de santé et avoir montré qu'elles tentaient de capter un nouveau type de malade hospitalier, il nous reste à savoir comment et si cette logique de distinction fonctionne, si elle a effectivement trouvé une demande, et si les anticipations financières avancées pour justifier de ces innovations se trouvèrent réalisées.

En quoi la maison de santé diffère-t-elle d'un hôpital de taille comparable comme l'hôpital Cochin¹²⁹⁶ ? Premièrement, pour un nombre de journées relativement comparable, les dépenses affectées aux deux établissements, elles, ne le sont pas¹²⁹⁷ :

1294 Braudel & Labrousse 1993, p.771.

1295 Ratcliffe & Piette 2007, chap.5.

1296 Si la maison de santé et Cochin sont comparables, c'est au regard du nombre de journée de malades (cf. ci-dessous), et du nombre moyen de lits occupés, tels qu'ils figurent dans AAP série 1M (comptes) : 102 pour la maison de santé et 103 pour Cochin en 1810, 91 et 104 respectivement en 1820, 116 et 110 en 1830. L'écart le plus important relevé est de 134 et 106, en 1825.

1297 Le choix du franc courant se justifie en ce que nous n'avons pas pour but ici de comparer la valeur ou le coût que représentait les établissements ou la journée par malade au travers de la période, mais quelles furent le niveau d'effort consenti – et les priorités qu'il exprime – par l'administration.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir »

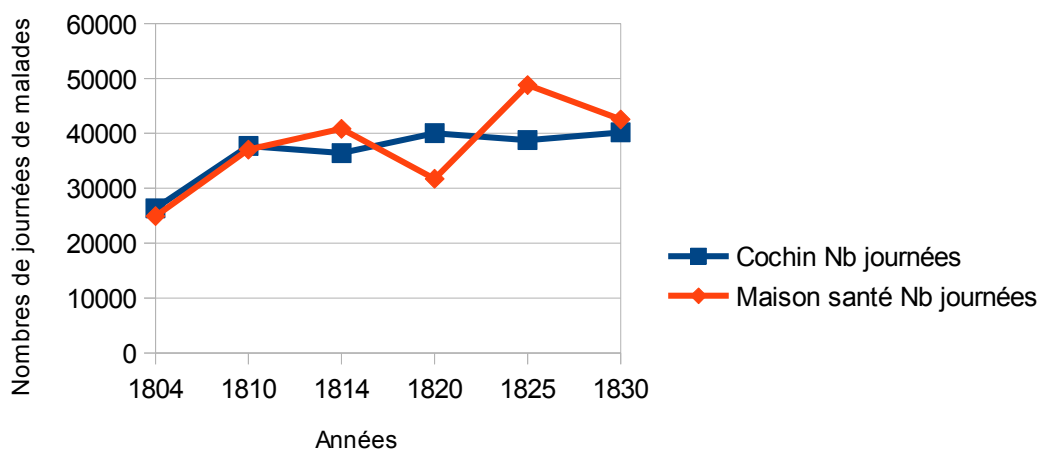


Illustration 13: Nombre de journées de malades à Cochin et la Maison de Santé, 1804-1830

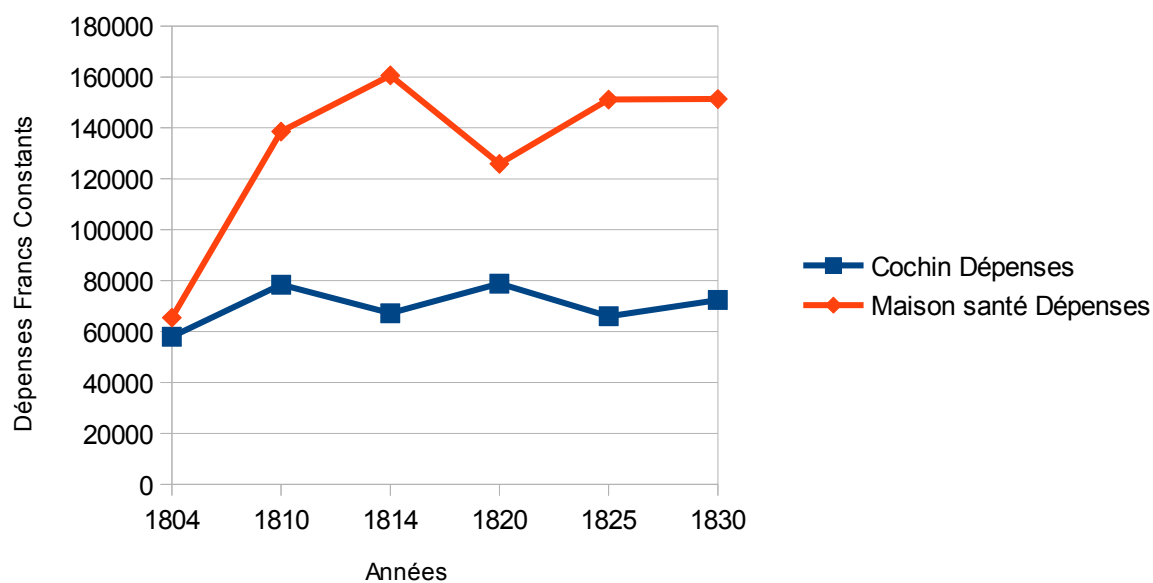


Illustration 14: Dépenses affectées à Cochin et la Maison de Santé, en francs courants, 1804-1830

Deux enseignements peuvent être tirés de ces comparaisons : premièrement, que la maison

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » de santé, sans être un succès fracassant, reste un établissement assez fréquenté, nous y reviendrons¹²⁹⁸. Deuxièmement, on voit que le CGH va fournir un effort financier nettement plus important pour la faire fonctionner, la dépense faisant plus que doubler entre 1804 et 1810 pour ensuite rester relativement stable sur la période. Il s'en suit, naturellement, un écart de prix de journée qui pour être très réduit au départ, s'élèvera jusqu'à un facteur 2 :

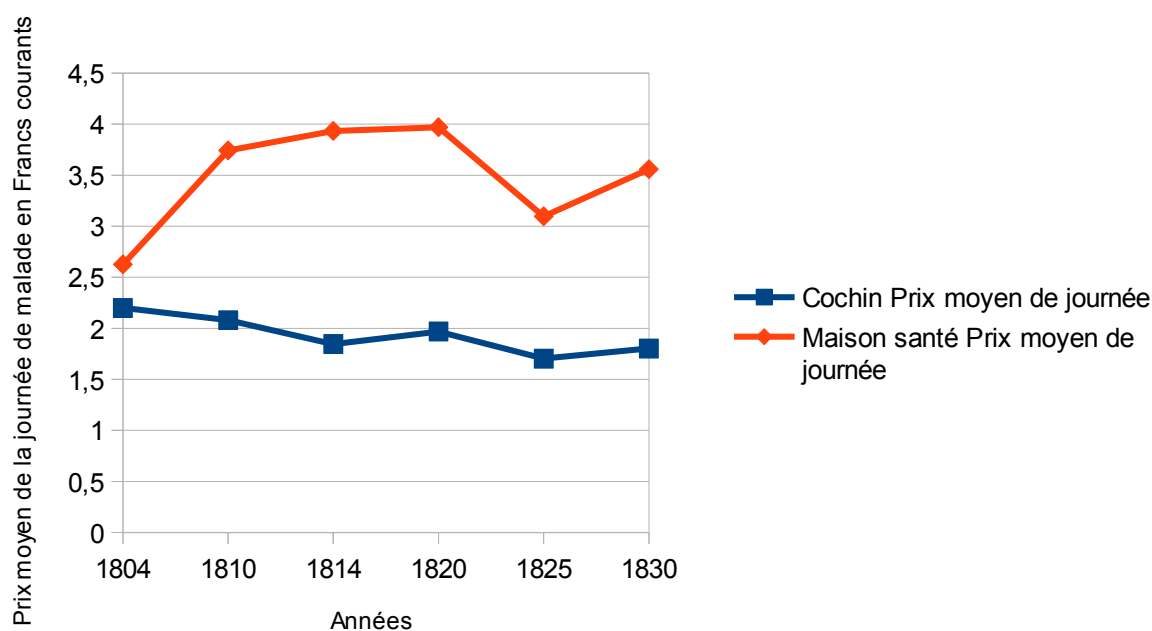


Illustration 15: Prix moyen de journée à Cochin et la Maison de Santé, en francs courants, 1804-1830

Cette différence de prix ne s'explique pas par un poste de dépense particulier, qui serait beaucoup plus important dans un établissement que dans l'autre. Les proportions des dépenses affectées à chaque poste sont relativement comparables, et typiques de la période. Entre 30 et 40% concernent la nourriture (avec les traditionnels 6 à 10% pour le vin), premier poste budgétaire ; entre 10 et 15% les salaires ; entre 8 et 12% la pharmacie, etc. On bénéficie, à la maison de santé, d'une meilleure prise en charge générale : mieux logé, plus nourri

¹²⁹⁸ cf. infra p.381.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » (notamment en viande, mais les rations prévues par les règlements sont supérieures de 5 à 15% sur toutes les denrées¹²⁹⁹), plus médicamenté, plus encadré :

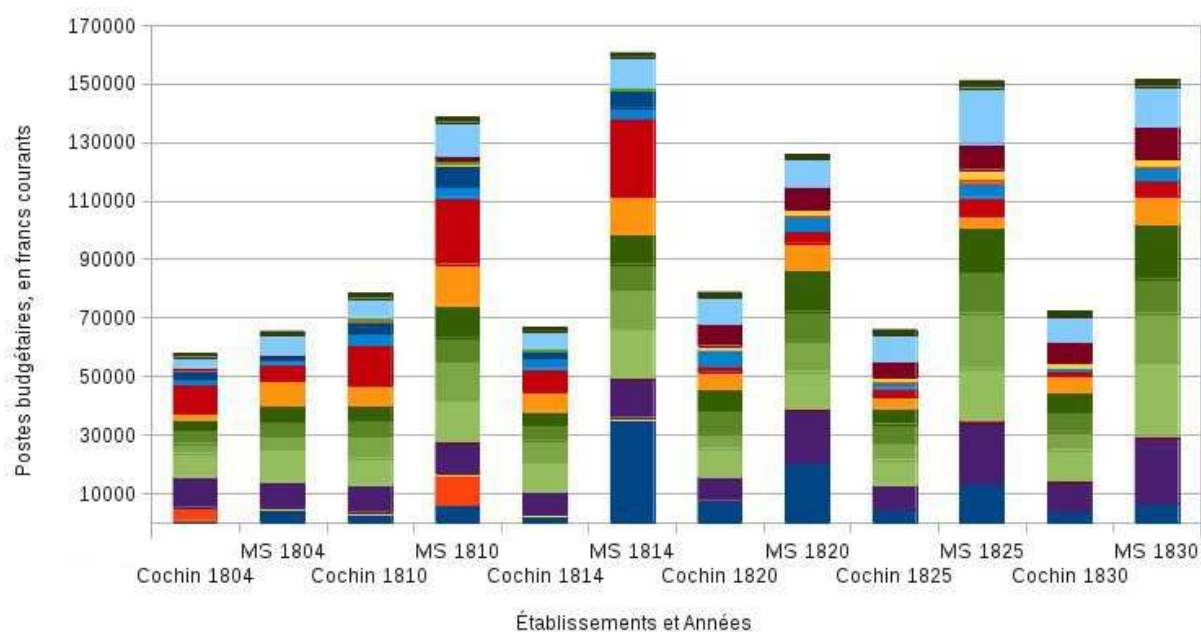


Illustration 16: Structure des dépenses Maison de Santé et Cochin, 1804-1830

■ Constructions et réparations ■ Constructions extraordinaires ■ Contributions ■ Appointements ■ Frais de Bureau ■ Viande ■ Vin
 ■ Pain ■ Comestibles divers ■ Combustible ■ Habillement et coucher ■ Buanderie ■ Meubles et ustensiles ■ Frais d'écurie
 ■ Bandages ■ Frais de procédure ■ Dépenses diverses ■ Pharmacie ■ Dépenses générales de l'admin

Les dépenses de la maison de santé des vénériens ont une forme comparable, avec une sur-représentation marquée des frais de nourriture¹³⁰⁰, et une sous-représentation des frais de médicaments¹³⁰¹, alors même que des traitements médicamenteux lourds étaient fréquemment employés pour les maladies vénériennes¹³⁰².

De là, il apparaît que la maison de santé était en un sens un hôpital semblable aux autres hôpitaux de malades de la ville, à tout le moins par la *structure* de ses dépenses : on n'y faisait

1299 cf. Annexe XIV.

1300 Entre 47 et 54% de la dépense.

1301 De 3.3 à 4.7% des dépenses.

1302 Notamment les traitements mercuriels, de triste réputation. cf. Quézel 1986, pp.108–119.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » pas différemment avec les malades, mais plus. Ce qui ne veut pas dire qu'il était un autre Cochin ou un autre Beaujon, un hôpital dont l'administration aurait simplement fait payer l'accès pour séduire une clientèle nouvelle, ou tirer à peu de frais quelques ressources de patients qui seraient de toute façon allés à l'hôpital. Elle y a affecté de vraies ressources, pour faire de cet hôpital un établissement particulier.

Le régime alimentaire est nettement amélioré, l'encadrement également, au moins pendant la première moitié de la période. Les comparaisons suivantes ne peuvent pas être faites avec la maison de santé des vénériens, qui partageait ses employés avec l'hôpital la jouxtant, mais l'on sait que l'arrêté initial prévoit pour la maison de santé un médecin, un chirurgien, un élève en médecine et un sous-chef élève en pharmacie et 17 personnels en tout genre (infirmières, lingères, portier, etc) sans compter l'agent de surveillance et son commis-contrôleur, les 6 dernières sœurs infirmières ne devant être nommées qu'à mesure de l'augmentation du nombre des malades au-dessus de 30, à raison d'une pour quinze malades¹³⁰³. Ces effectifs seront augmentés pour arriver à deux médecins, deux chirurgiens, deux élèves internes et autant d'externes, un pharmacien et trente personnes de service en 1814¹³⁰⁴, alors que Cochin ne compte qu'un médecin et un chirurgien, un élève en médecine et chirurgie, un en pharmacie et seize sœurs de Sainte-Marthe pour servir les malades¹³⁰⁵. Soit, en prenant comme référence le nombre moyen de lits occupés pour cette même année, 1 personnel médical pour 12,5 lits à la maison de santé et un pour 25 lits à Cochin¹³⁰⁶. Le personnel ne change guère jusqu'en 1832 : la maison de santé compte alors deux médecins, un chirurgien, deux élèves en

1303 Arr. CGH 633 du 24 germinal an X, AAP 136 FOSS² On peut ici noter que c'était doter un hôpital de 88 lits au départ du double de médecins et chirurgiens que ce qui était prévu par le règlement du service de santé, qui prévoyait un médecin pour « cent cinquante à deux cents lits » Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris n.d., art. 6 cf. Annexe VI.

1304 Pastoret 1816, p.210.

1305 Pastoret 1816, p.50.

1306 La proportion passe à 1 pour 2.9 si l'on intègre tous les personnels à la maison de santé et 1 pour 5 à Cochin.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » médecine et le même nombre en chirurgie et en pharmacie et vingt-six personnels, soit trente-cinq personnes au total ; et Cochin un médecin, deux chirurgiens, deux élèves en médecine et un en chirurgie, et vingt-neuf personnels. Soit un personnel médical pour 12,1 et 16,8 lits occupé en moyenne respectivement¹³⁰⁷.

Si ces données parcellaires mais concordantes sur toute la période suggèrent une offre quantitativement supérieure à la maison de santé, le ministre et le CGH, décisionnaires en matière de nominations médicales, ne manquèrent pas de manifester une attention particulière pour cette dernière, soulignant régulièrement le caractère particulier des malades qui y étaient hospitalisés et les contraintes particulières qui en découlaient quant à la qualité du personnel.

Si toutes les nominations à des postes de médecins et de chirurgiens mentionnent les qualités du lauréat, la question de la stature et des qualités des médecins et chirurgiens s'était posée dès le départ avec une acuité quelque peu accrue pour la maison de santé. Ainsi, dans une lettre du 22 ventôse an X (13 mars 1802), B. Delessert¹³⁰⁸ recommande parmi les trois hommes sélectionnés¹³⁰⁹ par le CGH le médecin Delaroche à la nomination du ministre, mais sans oublier de lui rappeler que « cette maison est consacrée à la réception des malades qui payeront 30 sous par jour ; s'il réussit [le projet] il sera plutôt dans le cas de rapporter que de coûter aux hospices ; mais pour en assurer le succès, il faut y mettre un médecin qui inspire la plus grande confiance »¹³¹⁰.

Mais la nomination du fils d'Antoine Dubois, Isidor, est encore plus représentative du statut

1307 Le ratio tombe en faveur de Cochin si l'on compte tous les personnels cependant.

1308 Le plus inamovible, mais aussi un des plus notables membres du CGH. Il avait donc pris part à la décision de création de la maison : ce n'était pas pour rien qu'il avançait l'argument. cf. p.106.

1309 Delaroche, Delalouette, Jeanfoy [?] neveu pour la place de médecin. Prat, Baudouin, Sédillot l'aîné pour celle de chirurgien.

1310 AN F¹⁵ 1917. Le ministre approuvera le choix du CGH le 28 ventose.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » particulier de la maison de santé.

Au printemps 1806, Dubois, chirurgien chef de la maison avait lui-même demandé la création d'une place de chirurgien adjoint et « suggéré » qu'elle soit confiée à son fils. Le CGH, toujours prompt à se dégager du caractère contraignant de ses décisions, argue d'un motif flou mais visiblement suffisant pour y consentir, en « considérant que la maison de santé est un établissement d'une espèce particulière » et qu'en conséquence le règlement du service de santé (qui ne prévoyait pas de place de chirurgien en chef adjoint mais « ordinaire » ou de « seconde classe », la dernière étant donnée au concours¹³¹¹) n'y est tout simplement pas applicable.

Le rapport du préfet Frochot est plus nuancé, et expose clairement les raisons qui lui font soutenir une mesure dont il reconnaît le caractère dérogatoire. Il y est favorable en vertu des services rendus par Dubois père, de l'utilité d'un adjoint, et des talents de Dubois fils. Mais il s'interroge sur l'opportunité de faire une exception au règlement du service de santé (qui « semble avoir prononcé implicitement qu'il n'y aurait plus de chirurgien en chef adjoint ») au risque que le précédent finisse par faire jurisprudence dans tous les hôpitaux. Si, pour le représentant de l'État, il faut maintenir les règlements en vigueur, « l'organisation, le but et les moyens » de la maison de santé « diffèrent essentiellement sous plusieurs rapports » de ceux des hôpitaux.

« En effet, dans les établissements gratuits, on pouvait, on devait même éviter de multiplier les dénominations fastueuses, parce qu'elles peuvent augmenter les charges & qu'il n'importe pas que le service soit fait constamment par une personne ayant telle qualité ; mais que le service soit toujours bien fait, qu'ainsi il n'y a nul inconvénient en ce qu'en cas d'absence ou de maladie, le chirurgien en chef soit remplacé par un chirurgien ordinaire ou même par un élève instruit ; que pour la maison de santé au contraire, où l'on est admis qu'en payant, il ne

1311 cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris n.d., art. 15.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir »

suffit pas de ne rien laisser à désirer aux malades sous le rapport des besoins réels, qu'il faut encore satisfaire à leurs besoins d'opinion, que c'est à de pareils ménagements qu'est dû en grande partie le crédit de la maison, et qu'enfin c'est en rendant le service recommandable sous tous les rapports qu'on peut espérer d'y réunir un assez grand nombre de malades pour que les dépenses soient couvertes par les recettes. »

L'avis du préfet souligne donc bien le prestige (ou une forme de celui-ci) attaché à l'institution, et l'attention portée par les malades à ce que les soins leurs soient dispensés par des praticiens dont ils veulent qu'ils soient les plus compétents possibles. À défaut de réductions de taux de mortalité, on leur servira l'éclat des titres ... Le chef de la division des hôpitaux au ministère de l'Intérieur appuie la décision sans toutefois reprendre exactement l'argument. Il expose simplement au ministre que cela augmentera le niveau de soins aux malades et que la maison de santé ne peut être assimilée aux hôpitaux : « comme on ne peut y être admis qu'en payant, on ne doit point négliger, pour le succès de l'établissement, de prendre tous les moyens d'assurer les soins les plus assidus aux malades »¹³¹².

Autre signe des efforts fournis pour promouvoir l'image de la maison de santé, en l'an XIII, c'est dans cet hôpital que devaient être placés, initialement, les élèves de l'école polytechnique et des malades de la maison civile du roi. Patients de prix s'il en était¹³¹³. Alors que Mourgue et Thouret¹³¹⁴ avaient été commissionnés pour examiner comment appliquer la mesure, c'est avec l'appui du grand Maréchal du Palais qu'une semaine plus tard Corvisart, médecin de

1312 AN F¹⁵ 1917. Distinction qui ne cessait pas, même dans les circonstances les plus confuses : le 7 avril 1832, alors que le CGH tente par tous les moyens d'augmenter ses capacités d'accueil pour faire face à l'épidémie de choléra en construisant hôpitaux temporaires et en réaffectant une partie des lits d'hospices (notamment les Ophelins et les Ménages, il renonce à user des lits de la Maison de Santé parce qu'il « est prudent de réserver le petit nombre de lits vacants dans la maison Royale de Santé pour y recevoir les cholériques appartenant à une classe qui est en état de payer un prix de journée ». cf. arr. CGH 59711 du 7 avril 1832, AAP 136 FOSS¹¹⁹ F°69.

1313 Sur l'école polytechnique comme lieu de création de « l'élite technocratique de la France du XIX^e et XX^e siècle » (Gillispie), et lieu privilégié de la « naissance du pouvoir scientifique », voir *inter alia* et respectivement Gillispie 2004b, pp.520–540 et N. Dhombres & J. Dhombres 1989, pp.80–85.

1314 Administrateurs du CGH, voir p.106.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir »
l'Empereur, rafla la respectable clientèle en demandant qu'elle soit reçue à la Charité¹³¹⁵, dans une salle particulière¹³¹⁶.

Enfin, dans un prospectus publicitaire¹³¹⁷ largement postérieur à la période ici retenue (non daté mais publié entre 1846 et 1850¹³¹⁸) et alors que les hôpitaux sont engagés dans un processus de différenciation encore plus marqué¹³¹⁹, on peut voir la maison de santé proposer au contraire une très large gamme de soins, faisant appel à diverses spécialités, et diversifiant encore les tarifs et niveaux de confort¹³²⁰. Il y est spécifié que le prix de journée comprend « les accouchements, toutes les opérations, même celles de la pierre par la lithotritie, du cancer, des amputations, etc.; et le traitement des maladies de peau ». Les contagieux mêmes sont admis : « Les personnes atteintes de maladies réputées contagieuses, telles que la variole et autres, ou produisant le délire, telles que les fièvres typhoïdes, etc., seront placées, lors de leur entrée, ou transportées durant leur séjour dans les chambres particulières dont elles paieront le prix. - Elles ne pourront par conséquent entrer ou demeurer dans les salles ou chambres communes. ». Seules « les maladies mentales et l'épilepsie ne sont pas traitées dans l'établissement. » Les titres des médecins et chirurgiens sont exposés¹³²¹. Bref, un hôpital pour une clientèle qui ne souhaite de toute évidence pas recevoir les mêmes soins que l'ensemble

1315 Où il exerçait.

1316 cf. Arr. CGH 2603 et 2605 du 26 nivôse an XIII (16 janvier 1805), AAP 136 FOSS⁸ F°21 & 26 ; Arr. CGH 2607 du 3 pluviôse an XIII (23 janvier 1805), AAP 136 FOSS⁸ F°30-31.

1317 *Prospectus de la maison royale de santé, rue du faubourg St Denis, fondée en 1802 par l'administration des Hospices Civils de Paris*, J.F. Bailly, Imprimeur des H&HCP, s.d., AdP 6AZ 510.

1318 I.e. Entre la première mention de Requin comme médecin de l'institution(cf. Anonyme 1831, p.1043, année 1846) et la mort de Marjolin, médecin honoraire des hôpitaux, tous deux mentionnés dans le prospectus comme exerçant dans la maison.

1319 cf. infra pp.434 & sq.

1320 Cinq tarifs différents, allant de 3 à 6F. De plus, « l'Établissement fait prendre et reporter les malades à domicile, sur un brancard garni et fermé, moyennant les prix fixés par tarif. »

1321 « La médecine est confiée à M. DUMERIL, membre de l'Institut, professeur à la faculté de médecine, à M. REQUIN, professeur agrégé de la Faculté de Médecine. La chirurgie à M. MONOD, professeur agrégé de la faculté de médecine. » En outre, Marjolin et Blandin, professeurs de la faculté, respectivement premier chirurgien honoraire des hôpitaux et chirurgien titulaire de l'HD, donnent chaque semaine des consultations à tous les malades de chirurgie qui le désirent et en ont besoin. Un pharmacien est installé à demeure, et 6 élèves en médecine et chirurgie et 3 en pharmacie. Ils sont chargés de la distribution des médicaments.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » des malheureux recourant aux secours gratuits, et manifeste l'exigence d'un service médical de qualité.

La maison de santé rencontra-t-elle le public qu'elle était censée servir, cette fraction la plus aisée des classes populaires disposée à dépenser une partie de ses minces revenus pour une prise charge en sanitaire améliorée ?

D'abord, et contrairement à la maison de santé des vénériens qui ferma en 1826¹³²² sans que les raisons de cette décision soient clairement exposées, la maison de santé connue des extensions successives¹³²³. L'idée de départ était de faire transférer l'établissement dans un local plus vaste « si l'essai était heureux ». Ce fut le cas, puisqu'avant que la maison ne soit déménagée dans le couvent des sœurs grises en 1816, le CGH se porta acquéreur d'une, puis deux maisons contiguës, portant la capacité d'accueil initiale de 88 lits en 1802 à un peu plus de 125 en 1814¹³²⁴. Et c'est encore du succès présent de l'établissement et des profits escomptés de son agrandissement qu'il argua pour décider dudit déménagement¹³²⁵, qui fut finalement approuvé par le ministre le 27 mai 1815¹³²⁶ augmentant le nombre de lits à 180. Tout ceci semble suggérer que la maison connut un franc succès.

1322 Arr. CGH 44663 du 2 juin 1826, AAP 136 FOSS⁹⁵ F°652. Même si nous n'avons pu trouver d'explication contemporaine de la décision, celle-ci s'explique vraisemblablement par une fréquentation en baisse : entre 1814 et 1825, alors que les frais restent relativement stables (entre 43 000 et 49 000F annuels), le nombre de journées de malade passe de 14704 en 1814 à 13376 en 1820 et 11797 en 1825 (soit une baisse de 20%), renchérissant consécutivement le coût moyen par journée de malade de 2.92F à 3.65F. Le nombre moyen de lits occupés passe de 40 à 32 et le prix par lit de 1057 à 1346F. (AAP série 1M). Il est aisé de comprendre pourquoi l'administration n'a pas souhaité poursuivre l'expérience...

1323 Il fut question plus haut de la manière illégale dont le CGH et le préfet imposèrent leurs vues en la matière. cf. supra pp.136 & sq.

1324 Pastoret 1816, p.209.

1325 « Tel qu'il est, cet établissement présente déjà un excédent de recette, et s'il étoit disposé de manière à recevoir 3 à 400 malades, les frais généraux et [?] d'état major n'étant pas plus considérables il seroit facile de lui faire rapporter 70 à 80 000F. » Arr. CGH 15379 du 27 juillet 1814, 136 FOSS³⁵ F°191

1326 AN F¹⁵ 1924.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir »

Nonobstant ces expansions, il faut se méfier des chiffres avancés par les administrateurs : en cette matière, ils leurs servaient d'argument de vente mais dans les faits sont assez contradictoires. Ainsi, dès 1802, Camus annonce que si la maison de santé était fréquentée par un nombre insuffisant de malades, « maintenant, ce nombre est tel, que la maison se défraye elle-même. »¹³²⁷ À l'examen des comptes-rendus au CGH, cette affirmation apparaît inexacte. Ce que confirme un autre administrateur en 1814, Pastoret, qui révèle que depuis sa création, la maison a engrangé 900 000F de recettes pour 1 120 000F de dépenses, tout en précisant que le déficit, qui se réduit d'année en année, s'explique surtout par les frais d'installation engagés au départ : de l'ordre de 20 à 30 000F par an jusque dans les années 1810, il n'est plus que de 4050F en 1814.¹³²⁸ Ce chiffre est lui aussi manifestement sous-évalué, puisqu'en 1815 dans son rapport au ministre sur la translation de la maison dans ses nouveaux locaux, le préfet de la Seine motive son appui en déclarant que si la maison de santé était présentement déficitaire de 15 000F par an, elle pourrait être bénéficiaire de 75 000¹³²⁹... et elle présentera toujours un déficit de 23 500F en 1828¹³³⁰. Avec le recul, on peut donc dire que la maison de santé n'a jamais été une source de financement pour le CGH, la maison n'ayant pas durablement dégagé de bénéfice à notre connaissance. Son emménagement en 1814-1816 dans des locaux plus grands, nécessitant des travaux¹³³¹, sans être une gabegie, fut une erreur sous ce rapport : le nombre de journées de malades resta relativement inchangé malgré l'augmentation subséquente de sa capacité d'accueil (37 000 en 1814, 42 500 en 1830, soit une croissance de 20% pour 45% de lits supplémentaires).

1327 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.75.

1328 Pastoret 1816, p.210.

1329 AN F¹⁵ 1924.

1330 AAP, 1M6, compte moral pour 1828, pp. XXIX-XXX.

1331 Une addition des chiffres préfectoraux monte *a priori* à plus de 220 000F tout de même. cf. AN F¹⁵ 1924.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir »

Mais ce fait est sans doute source d'enseignement : bien qu'il n'en ait jamais tiré de bénéfices, et qu'il ait même dû en compenser les pertes financières, le CGH créa et agrandit un établissement plus dispendieux qui, sous bien des rapports, présentait un autre visage de l'hospitalisation et s'adressait à une catégorie sensiblement différente de malades.

Une question reste en suspend : si les patients de la maison de santé étaient nécessairement différents d'un nombre important d'indigents admis dans les hôpitaux, du fait même qu'ils devaient s'acquitter d'un prix d'admission, appartenaient-ils à la catégorie des « étrangers, militaires, employés, artisans qui, lorsqu'ils sont malades, ne peuvent se faire traiter convenablement chez eux et préfèrent, à une admission gratuite dans les hôpitaux une maison où tous les secours de l'art leur sont prodigués »¹³³² ? Les registres d'admission de l'hôpital ayant disparu, la seule source d'information réside dans les comptes moraux des années 1815 à 1822¹³³³ et 1828¹³³⁴. Les données sont très succinctes, mais les principales professions reçues dans les établissements sont mentionnées (sans aucun décompte précis cependant). Les informations contenues indiquent que l'hôpital accueille principalement des ouvriers, mais aussi des domestiques et employés et des « rentiers ». S'il n'est pas le seul à en admettre effectivement (cf. Boulle 1986, chap.V), ce lieu est le seul qui les mentionne, preuve que, pour l'administration au moins, ils formaient une part importante des admis.

1332 Arr. CGH 15379 bis du 27 juillet 1814, 136 FOSS³⁵ F° 192.

1333 AAP, Bibliothèque des finances cote 15U.

1334 AAP, 1M6, compte moral et financier pour 1828.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir »

Au terme de cette section, il semble clair que la typologisation des établissements, et au premier titre la séparation entre hôpitaux et hospices, que le CGH mis en place avec plus ou moins de succès à travers ses règlements d'admission, loin d'être une nouveauté en tant que telle, fut rendue nettement plus praticable par l'envergure de la juridiction de l'institution qui s'étendait pour la première fois à toutes les formes d'assistance. Il est également clair que cette typologie était cohérente avec des pratiques et des aspirations médicales et que, en précisant qui relevait des établissements médicaux et qui n'en relevait pas, elle participait de la définition du « malade hospitalier » qui sera l'objet de cette même médecine clinique. En vertu de quoi, les conceptions administratives qui commandèrent à cette séparation des établissements ne sont pas sans objet lorsque l'on étudie la clinique du début du XIX^e siècle. Elles dévoilent le souci d'économie, les préoccupations morales, mais plus subtilement aussi une institution hospitalière comme partie prenante de cette reconfiguration des systèmes d'assistance décrite par Castel.

Que l'indigence soit un critère d'assistance, cela n'a rien de nouveau, ce fut même longtemps sa définition¹³³⁵. Que la maladie soit un facteur prépondérant de la misère, cela ne l'est pas non plus¹³³⁶. Mais ce qui se dessine ici, c'est qu'en définissant le cadre de la médecine clinique, l'hôpital, comme le lieu de la première et non de la seconde, alors même qu'elles étaient toujours intimement liées¹³³⁷ et que ce sont les vieux critères de l'indigence qui opèrent encore cette distinction, la figure du malade qui émerge va avoir une conséquence épistémologique double : permettre l'âge d'or de la médecine clinique hospitalière et exclure du champ de l'investigation de cette même clinique un large plan de problématiques qui seront

1335 Au moins jusqu'à ce que les politiques répressives viennent brouiller les lignes au XVI^e siècle. cf. Geremek 1997.

1336 Weiner 1993, p.3 le porte au crédit du comité de mendicité, Barry & Jones 1991, pp.4–8y voient un aspect de la charité d'Ancien Régime.

1337 Au moins dans le cadre hospitalier.

2.1.4 Les malades payants : « assortir les individus dans la classe qui paraît leur convenir » alors qualifiées d'hygiéniques, puis de « sociales »¹³³⁸ ; et une conséquence socio-sanitaire peut-être marginale (au moins dans un premier temps), mais qu'illustre bien la création de la maison de santé : promouvoir une vision moins lugubre et plus dynamique de l'hôpital et du patient hospitalier.

1338 Ce qui ne veut pas dire, bien entendu, qu'elles sortent du giron médical. S'agissant de l'hygiénisme, par exemple, cela n'aurait pas de sens (cf. entre autres Bourdelais 2001 ; Bourdelais & Faure 2004 ; Guilbert 1992 ; Murard & Zylberman 1996 ; Teyssiere 1995). Cet écart croissant entre clinique et hygiène et la dévalorisation de la dernière aux yeux de l'élite est clairement affirmée Patrice Pinell, qui s'arrête à une explication en termes de « compétences » relatives : Pinell 2009, p.345.

2.2 L'affectation des établissements, réponse administrative productrice de savoirs nouveaux.

2.2 L'affectation des établissements, réponse administrative productrice de savoirs nouveaux.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

2.2.1.1 Le Bureau Central d'admission : un « vrai jury médical » pour « régulariser, dans cette grande commune, la distribution des secours ».

UNE QUANTITÉ SIGNIFICATIVE DE ressources fut là encore employée pour faire advenir ce qu'administrateurs et médecins semblaient conjointement souhaiter, pour que ces typologies et ces classements ne restent pas pures incantations.

Une des mesures phares du Conseil Général – et en un sens sa plus pérenne – fut de mettre sur pied un Bureau Central d'Admission (ci-après Bureau Central ou BCA), conçu dans l'esprit centralisateur qui animait le CGH comme un organe unique, au centre de la ville, de certification, de répartition – et rapidement de distribution – des secours. Un « vrai jury médical devant lequel doivent passer tous ceux qui se présentent pour être reçus dans les hôpitaux » comme le présentera un médecin à la Société médicale d'émulation¹³³⁹. Créé par l'arrêté du 6 frimaire an X (27 novembre 1801)¹³⁴⁰, le BCA, « réorganisation administrative » dans laquelle « Les réformateurs du XIX^e siècle pensaient détenir [...] la clef d'un changement de fond qui amorcerait la déshospitalisation des pauvres, des indigents, pour n'y laisser que les malades et les invalides. »¹³⁴¹, survécu au changement de 1849 et ne fut finalement supprimé qu'après près d'un siècle d'existence, en 1895¹³⁴². Autant dire que s'il ne fut pas le miracle que les administrateurs en attendaient, il rendit des services appréciés – si ce n'est

1339 Beaufils 1810, p.4.

1340 C'est l'arrêté régissant les admissions dans les hospices de malades étudié précédemment. cf. supra p.297, et reproduit en Annexe, cf. X.

1341 Démier, Barillé & Servais 2007, p.15.

1342 Barillé 2007, chap.IV, section A.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

appréciables. Et pourtant il n'a suscité que bien peu d'études spécifiques. À notre connaissance, les informations les plus complètes se trouvent dans Weiner 1993, pp.146–153¹³⁴³. Il faut dire qu'une fois encore, les sources sont limitées et parcellaires : alors que durant les premières années le BCA a publié des rapports annuels extrêmement complets, il n'y en a plus trace après 1806...

Bien que J-E Nicaise attribue l'idée du BCA à Frochot dans son discours du 5 ventôse an IX installant le CGH¹³⁴⁴, on peut la faire remonter à Tenon. Il avait conçu, en lieu et place de l'Hôtel-Dieu, le projet d'un hôpital (qu'il avait baptisé « hospice de la cité ») qui aurait contenu le bureau d'Administration de toutes les Maisons de l'Hôtel-Dieu¹³⁴⁵, un petit hôpital de cent lits pour des « malades affectés de maladies graves & inopinées », une salle « où les malades du dehors recevoient des consultations des Médecins & Chirurgiens » et où « on trouveroient tous les jours à cet Hospice, l'indication du nombre des malades existans, & du nombre des lits vacans dans chacun des cinq Hôpitaux, afin qu'aucune personne ne puisse se présenter sans être assurée d'y être reçue. »¹³⁴⁶

Ces vues furent en partie réalisées en 1802, le Bureau central n'entrant effectivement en fonction que quatre mois après l'arrêté l'instituant, les locaux choisis par Thouret devant être

1343 Les sources sur le BCA restent très rares. Les plus intéressantes et les plus complètes datent du début de sa période d'exercice : Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803 ; Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1809

Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803 ; Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1809

Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803 ; Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1809 et éventuellement Beaufile 1810, dont nous ferons un usage extensif dans les pages qui suivent. De ce fait, nombre de ces sources sont déjà présentes dans le passage de son livre que Weiner consacre au BCA. Cependant, nous les utilisons dans une perspective sensiblement divergente de la sienne, attachée qu'elle est à dégager l'émergence d'un citoyen acteur et responsable de sa santé.

1344 Nicaise 1877, p.4 Ce discours est reproduit en Annexe III.

1345 i.e., du temps de Tenon, l'Hôtel-Dieu lui-même, Saint-Louis, les Incurables, l'hospice des Convalescents, Sainte-Anne, le prieuré et l'hôpital de Saint-Julien aux Pauvres.

1346 Tenon 1788, p.355.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

aménagés¹³⁴⁷ : initialement prévu pour être inauguré le 1er ventôse an X¹³⁴⁸ (20 février 1802), il ouvrit ses portes le 1er germinal (22 mars 1802)¹³⁴⁹.

Situé à proximité de l'Hôtel-Dieu, au centre de la ville, le BCA était ouvert de 9h à 16h, et devait, théoriquement, voir passer tous les malades et infirmes admis dans les hôpitaux, à l'exception des cas les plus graves qui pouvaient être admis directement dans les hôpitaux, sur avis du médecin ou du chirurgien chef (ou, en son absence – la nuit par exemple – d'un élève interne, dont la décision devait ensuite être validée de la même manière).

À son ouverture, le Bureau Central compte deux médecins (Biron et Chamseru) et deux chirurgiens (Parfait et Prat). Un arrêté de février 1818 en changera profondément la composition (passant le nombre de médecins et chirurgiens à 8 puis 12¹³⁵⁰ et leur traitement à 600F annuels), sans altérer sensiblement ses missions et son fonctionnement¹³⁵¹. En 1825, les officiers de santé cèdent la place à des médecins et chirurgiens en titre et en 1848 ce sont 17

1347 Rapport au CGH du 24 nivôse an X (15 mars 1802), AAP 136 FOSS² F°62 projetant « l'établissement du bureau central des admissions dans la cy-devant église de Saint Jean le rond » Le local, situé derrière Notre-Dame et à l'extrémité de l'archevêché, n'était accessible que par un bâtiment et un terrain qui appartenant au Chapitre de Notre-Dame. L'obstacle fut levé en pratiquant une nouvelle ouverture.

1348 Arr CGH 495 du 24 pluviôse an X, AAP 136 FOSS² F°116 annonçant que les travaux pour le Bureau Central d'Admission étant terminés, les malades ne seront désormais admis que s'ils passent par lui. La Commission Administrative le fera ouvrir le premier ventôse et informera les agents de surveillance des nouveaux modes d'admission (et l'interdiction, sauf exception indiquée au règlement, d'admettre des malades qui ne sera pas passé par le BCA), qui informeront les officiers de santé. Le 8 ventôse, l'arr. 517 rappelait que le Bureau devait être opérationnel pour le 1er (AAP, 136 FOSS²).

1349 Boulle 1986, p.64.

1350 Les premiers nommés furent, en sus de Parfait et Prat, toujours en fonction alors que Chamseru l'était encore l'année précédente, Auvity, Breschet, Cayol, Lisfranc, Magendie et Rullier. Sur la liste des 10 candidats chirurgiens et vingt candidats médecins, voir Arr. CGH 24385 du 14 juillet 1818 dans AN F¹⁵ 1926.

1351 Arr. CGH 23249 du 11 février 1818, Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1818, vol.X Les principaux changements concernent le service et le recrutement. Les médecins et chirurgiens sont maintenant en fonction pour quatre mois, un nouveau médecin et un chirurgien devant prendre leurs fonctions tous les deux mois, pour assurer le roulement. Le recrutement doit nécessairement se faire « hors du service des Hôpitaux et Hospices » parmi des postulants de 30 ans minimum (c'était déjà le cas dans les faits, le BCA étant un tremplin vers un poste hospitalier). Alors que l'arrêté initial portait que « le service sera fait par douze médecins ou chirurgiens nommés par le Conseil Général », le préfet le modifiera pour préciser que les nominations seraient faites, comme ailleurs, par le ministre sur liste quintuple établie par le CGH. Enfin, il est prévu qu'au début de chaque trimestre les hôpitaux seraient visités par trois médecins du BCA qui ne sont pas en service pour constater l'état des malades, et renvoyer les guéris et les incurables.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

médecins et 6 chirurgiens qui sont portés aux états du BCA¹³⁵².

On peut considérer que les missions qu'ils se voient confiées par le règlement du 13 frimaire an X¹³⁵³, que nous allons détailler dans les pages qui suivent, sont déjà un composé de médecine et de gestion : filtrer et coordonner les entrées dans les hôpitaux et hospices et s'assurer que chacun d'eux reçoit les personnes propres à sa destination, offrir des soins sur place aux malades les moins graves.

Si on essaie maintenant d'évaluer dans les grandes lignes le travail qu'il opéra, d'après les chiffres qu'il fournit lors des 18 premiers mois de son existence, le BCA traita 34 915 patients, soit 19 par médecin et jour en moyenne, pour des semaines de six jours. Dans ces conditions, les diagnostics ne pouvaient être que sommaires. 65% des consultants sont admis dans un hôpital, 27% reçoivent un traitement sur place ou sont dirigés vers un traitement externe, et 8% sont renvoyés chez eux¹³⁵⁴. En 1806, ce sont 38 500 personnes qui y défilent, dont 62% sont admises dans un hôpital, 25% reçoivent une consultation sur place, 5% sont envoyés à un traitement externe, une même proportion se voit appliquer des bandages (notamment herniaires) et 2% viennent pour avoir un certificat d'infirmité leur ouvrant droit à une place dans un hospice, les 6% restant sont renvoyés¹³⁵⁵. En 1822, plus de 36 500¹³⁵⁶ personnes auront affaire au BCA ; ils seront plus de 47 000¹³⁵⁷ en 1828, à la fin de notre période. Quelqu'approximatif que soit ce dernier chiffre, le BCA n'a certainement pas vu sa

1352 Boule 1986, p.65.

1353 Définies dans les articles 3 à 9. Voir Annexes X le règlement pour l'admission dans les hospices de malades.

1354 Weiner 1993, p.147.

1355 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1809, p.2.

1356 50% sont admis dans les hôpitaux, 44% reçoivent des soins sur place (dont 33% de simples « consultations orales »), 4% viennent pour un certificat d'infirmité et moins de 2% pour une admission dans les quartiers d'insensés de Bicêtre ou la Salpêtrière. cf. AAP Bibliothèque finances 15U, compte moral pour 1822.

1357 L'estimation de la fréquentation est ici grossière dans la mesure où la source indique « plus 15000 consultations orales », sans plus de précision. Sur cette base, la répartition donne : 57% sont admis dans un hôpital, 31% reçoivent une consultation orale, et 3% une écrite, 6% des bandages et 3% pour voir attester de leurs infirmités. cf. AAP 1M6, compte moral pour 1828.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

fréquentation baisser. En quelques années, il était bien devenu un service central, dans les deux sens du terme, du système hospitalier parisien.

De par ses fonctions de coordination et de tri, Dora Weiner voit dans cet organe médico-administratif l'ébauche d'une police de la santé. En capacité de déterminer les soins appropriés aux personnes venues consulter, de traiter une partie des malades sur place, et de renvoyer les autres soit aux hôpitaux dont ils relevaient, soit aux institutions charitables de la ville (bureaux de bienfaisances, dispensaires de la société philanthropique, etc), elle crédite le Conseil Général et le tri qu'il opéra avec le BCA de la baisse de 50% des internés à la Salpêtrière et de 1/3 à l'Hôtel-Dieu par rapport aux chiffres avancés par Tenon¹³⁵⁸ :

« Essentiellement, sa [du Conseil des Hospices] sévère politique d'exclusion des indigents qui n'avaient pas de maladie reconnaissable a transformé les hôpitaux parisiens en institutions accueillant uniquement les malades médicaux. [...] L'établissement d'un vaste réseau de soins et d'agences de secours du département de la Seine permirent au bureau d'admission d'envoyer 5% des demandeurs aux organismes d'assistance des environs dans les dix-huit premiers mois. Là, les candidats reçurent de la nourriture, du combustible et des vêtements, et des autorisations pour toucher des médicaments des pharmaciens locaux que la ville rembourserait si on la sollicitait. Ce modèle suivait des pratiques bien établies d'Ancien Régime, avec un nouvel accent sur les soins médicaux. Le bureau d'admission dirigeait également les mères avec des enfants en bas-âge à la Société de Charité Maternelle, et les médecins trouvèrent que leurs conseils de traitement à domicile étaient souvent couronnés de succès »¹³⁵⁹

Le fait est que c'était bien l'objectif de cette création, le BCA étant – d'après les dires

1358 8000 et 3000 respectivement.

1359 Weiner 1993, p.151« Mainly, its tough policy of excluding the needy who had no recognizable sickness transformed Paris hospitals into institutions that housed only the medically ill.[...]The establishment of a comprehensive network of health care and of supporting agencies for the Seine Department enabled the admitting office to refer 5 percent of the applicants to the district welfare offices in the first eighteen months. There applicants received food, fuel and clothing, and authorization to obtain medications from the local pharmacist, whom the city would reimburse if he asked. This pattern followed practices that had been well established under the old regime, with a novel emphasis on medications. The admitting office also referred mothers with sick nurslings to the Society for Maternal Charity, and the doctors found that their advice for treatment at home was often crowned with success. »

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

mêmes des médecins y travaillant – un « établissement [...] essentiellement propre à régulariser, dans cette grande commune, la distribution des secours que le pauvre réclame »¹³⁶⁰. Dès les débuts, Camus mettra en avant le succès des mesures prises, attribuant aux règlements d'admission et au BCA la baisse de la population hospitalisée. Mais à ses yeux le grand mérite de ce dernier est un peu moins généreux : c'est d'avoir éloigné des hôpitaux « un grand nombre de fainéants » qui passaient d'établissement en établissement¹³⁶¹. Il en sera de même quinze ans plus tard, aux yeux d'un autre membre du CGH, le Comte Pastoret. Pour réduire la surpopulation et la confusion qu'elle entraîne,

« Les Hôpitaux reçurent une classification nouvelle ; de meilleures dispositions furent faites, pour leur rendre une propreté et une salubrité si désirables. Un des meilleurs moyens était certainement de n'y admettre que ceux qui avoient un besoin réel des secours qu'on y trouve. Il falloit en exclure impitoyablement les faux malades, distinguer entre les infirmités celles qui avoient ou pouvoient avoir quelque gravité, de celles que pouvoient guérir de légers remèdes et des soins faciles, assurer à toutes ce qui étoit nécessaire, mais rien que ce qui étoit nécessaire, et faire tourner ainsi au profit de tous les vrais malades, de tous les pauvres en général, des secours que l'inconsidération ou la faiblesse laissoient envahir par la supercherie et l'oisiveté. »¹³⁶²

Les médecins étaient donc aux commandes d'une institution nouvelle et centrale, aux finalités empreintes d'une certaine « police médicale », au moins dans l'esprit de ses créateurs ...

2.2.1.1.1 Filtrer et répartir

La première fonction du Bureau Central d'Admission est donc de trier le malheur. D'abord séparer les incurables, invalides et vieillards qui doivent être exclus des hôpitaux mais peuvent légitimement prétendre à une place dans les hospices. C'est à lui qu'il revient d'établir

1360 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.1.
1361 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.30.
1362 Pastoret 1816, pp.221–222.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

les certificats attestant des infirmités – et l'absence de pathologies proscrites¹³⁶³ – qui sont, avec les certificats d'indigence délivrés par les bureaux de bienfaisance, le « sésame » des indigents non septuagénaires aspirants à une place en hospice¹³⁶⁴. Tel est celui qui suit, établi par les médecins Parfait et Chamseru, après qu'ils aient visité à domicile de Mme Xaistraille [?] à la demande du Général Carnot-Feulins, ministre de l'intérieur par intérim¹³⁶⁵.

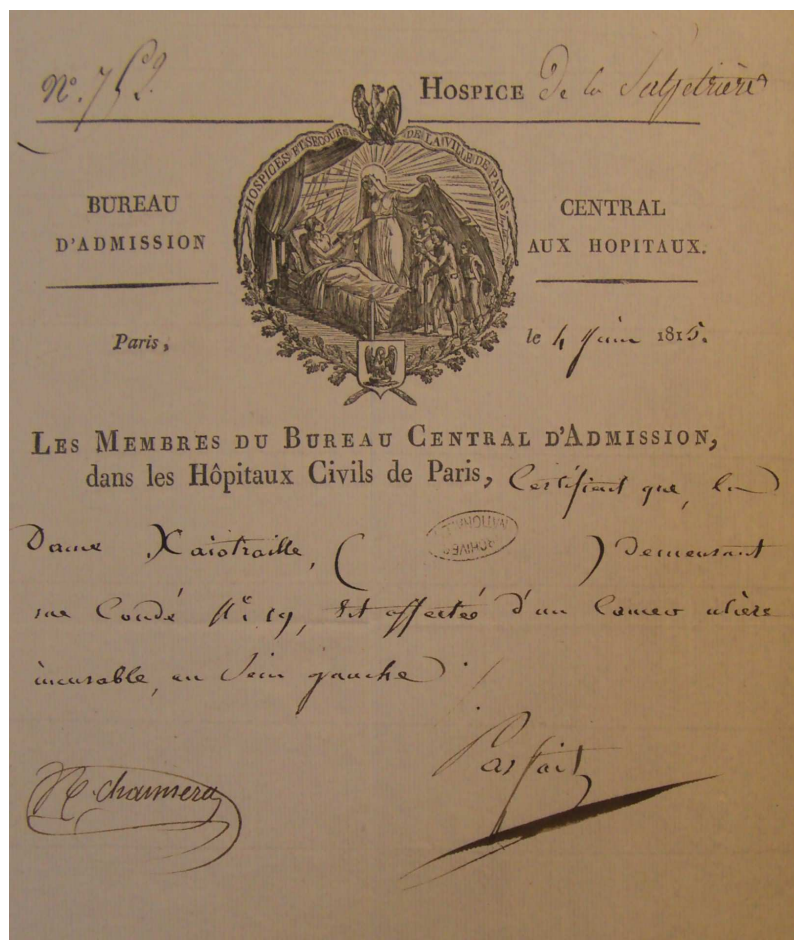


Illustration 17: Illustration : Certificat d'incurabilité du BCA pour admission à la Salpêtrière. Source: AN F/15/1923

1363 cf. supra p.346 et note 1203 pour la liste exacte. Le compte moral pour 1820 indique par exemple que les médecins et chirurgiens du BCA ont visité 950 indigents à la fois pour certifier de leurs infirmités/incurabilités et qu'ils ne présentaient pas de maux les excluant des hospices. AAP Bibliothèque finance 15U, compte moral pour 1820.

1364 C'est Felkay 2005, p.4 qui parle de « sésame » pour qualifier le certificat d'indigence. Les septuagénaires étaient de droit admissibles aux hospices. Pour bénéficier de ce « privilège » avant 70 ans, il fallait justifier d'infirmités, excepté pour les indigents perclus de leurs membres etc. cf. supra, p.302 note 1046

1365 AN F¹⁵ 1923.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

Ces documents étaient de la première importance pour les intéressés, et systématiquement demandés par les autorités accordant des places en hospice. On a déjà indiqué que, dans un contexte de pénurie de places vacantes, les services du ministère de l'intérieur faisaient systématiquement mention des infirmités attestées dans les demandes d'admission qui leur étaient envoyées¹³⁶⁶. Alors qu'au début de la période, les lettres sont souvent manuscrites, on trouve dans les archives assez rapidement un modèle imprimé – probablement pour faire face à l'ampleur des demandes – qui fait mention des pièces à fournir : extrait de naissance, certificat d'indigence, certificat d'incurabilité/infirmité :

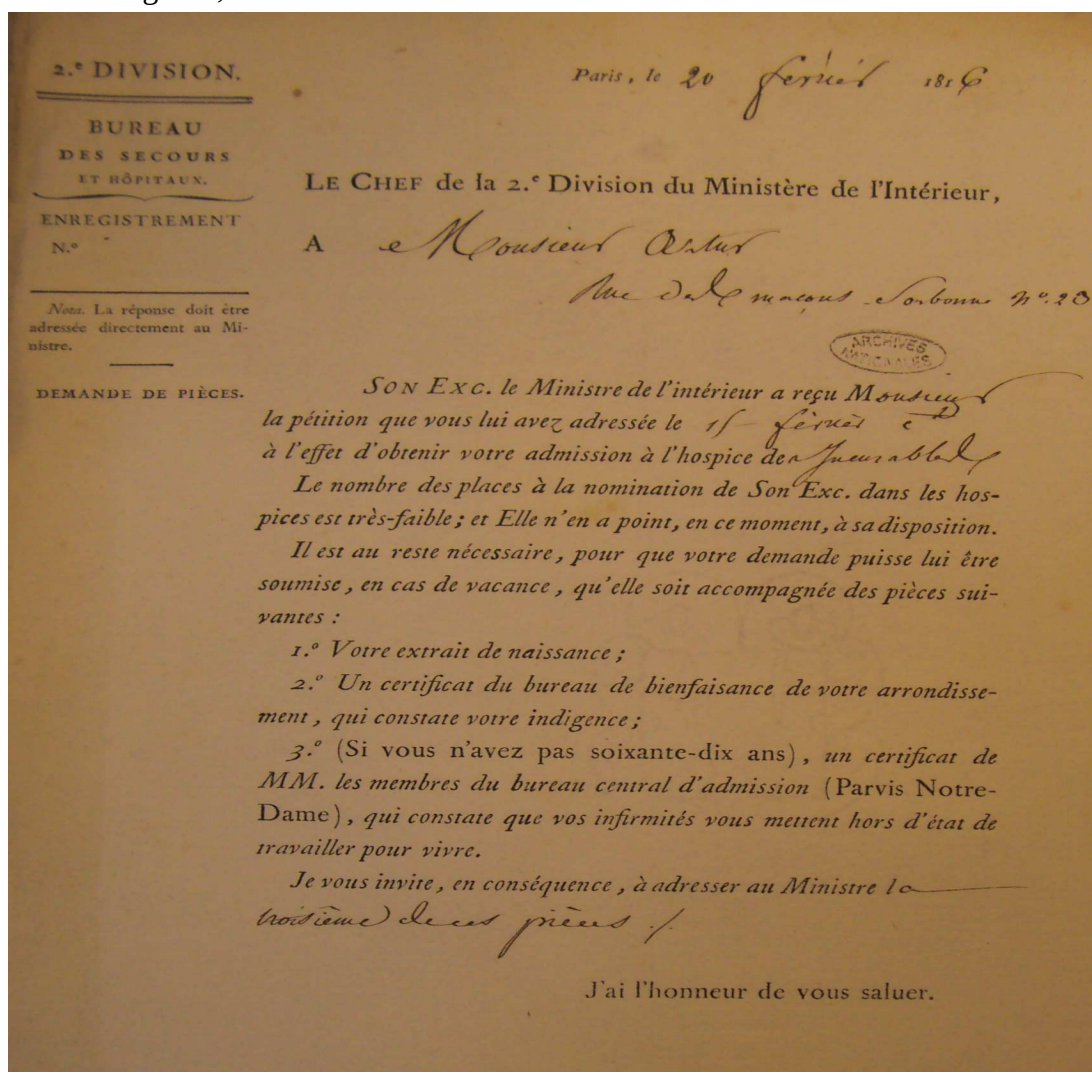


Illustration 18: Lettre type du ministère de l'intérieur pour admission dans les hospices. Source : AN F15 1921

1366 cf. infra p.652.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

Mais l'établissement de documents standards, de manière centralisée et normalisée, était de première importance pour les autorités responsables des nominations aux hospices, au premier rang desquelles se trouvaient le CGH et le ministère de l'intérieur¹³⁶⁷. On reviendra plus tard sur les intrications des pratiques administratives et médicales concernant la gestion des lits¹³⁶⁸. Il suffit pour l'instant de remarquer que c'est au BCA et à ses médecins que l'on demande d'établir les listes qui serviront de référence pour déterminer l'ordre des nominations pour les personnes de moins de soixante-dix ans. Pratiquement, en supposant qu'il n'y ait eu d'apostilles et autres échanges de bon-procédés dans les nominations et que Jean Imbert soit dans le vrai en écrivant que le « Conseil général n'admit jamais le moindre passe-droit »¹³⁶⁹, alors c'est aux membres du BCA qu'il revint d'en décider. Ainsi, dès le 29 avril 1801, le CGH prenait un arrêté pour spécifier les formalités pour l'admission dans les hospices. Dans le même esprit de normalisation et de centralisation qui l'animera de l'administration des établissements aux règlements du service de santé, il part du constat que les hospices utilisent pour les admissions des listes différentes, établies par des personnes différentes, etc. Or, il lui faut connaître la date de la demande, l'âge du pétitionnaire, son état d'indigence et d'infirmité. Pour pimenter une situation déjà complexe, il rappelle qu'il a rétabli pour plusieurs hospices des droits des fondateurs ou de leurs représentants pour les nominations. Il est donc nécessaire qu'une seule entité réunisse les demandes d'admissions et que chaque demandeur s'y rende pour être enregistré et où on lui remettra un bulletin portant son numéro d'enregistrement. Ce sera le BCA, qui devra pour ce faire tenir trois registres : un par ordre d'enregistrement, avec les renseignements sur le demandeur ; un par date ; et un par ordre

1367 On a évoqué l'acuité du problème supra pp.341 & sq.

1368 cf. infra Section3.3.2.2.

1369 cf. Imbert 1954, p.254, cité supra p. 341. Ce dont on doute quelque peu quand on sait qu'il pratiqua ces mêmes apostilles, passe-droits et arrangements avec les règlements pour la nomination aux postes de médecins et chirurgiens des hôpitaux. Mais il est vrai que les malheureux indigents qui demandaient leur admission devaient avoir bien moins d'entregent que nombre d'hommes de l'art bientôt membres de l'élite médicale...

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

alphabétique¹³⁷⁰.

Une fonction qui semble bien plus administrative que médicale ... et que les médecins devront remplir également au sujet des insensés.

En effet, pour éviter de retomber dans les défauts des lettres de cachet, un arrêté du ministre de l'Intérieur du 17 juin 1802 prévoit que les « insensés » ne peuvent être internés que sur certificat de deux officiers de santé et de deux témoins. Un arrêté de fructidor an X impose les mêmes conditions aux personnes amenées comme insensées à la préfecture ou à la Commission Administrative pour placement, qui se tournent alors vers les officiers de santé du BCA, « de sorte que le Bureau Central est devenu une espèce de Jury légal pour les individus réputés aliénés. »¹³⁷¹ même si ces obligations sont parfois éludées du fait des vieilles habitudes de recevoir des fous à l'Hôtel-Dieu, et du règlement du 27 messidor an X qui autorise l'admission provisoire des insensés dans l'hôpital tout proche quand le BCA est fermé. Mais en dehors de ces circonstances, la procédure veut que l'individu doit être amené au BCA à son ouverture, qui se prononce alors sur sa libération ou son envoi à la Salpêtrière ou à Charenton. « Cependant il est arrivé plusieurs fois, depuis la fin de l'an X, que des personnes reçues d'urgence ou provisoirement à l'Hotel-Dieu, comme insensées, ont été conduites et reçues d'urgence à la Salpêtrière, sans passer par le Bureau Central. » Les médecins se réjouissent-ils discrètement de ces tracas bureaucratiques que leurs collègues de l'Hôtel-Dieu et de la Salpêtrière leur épargnent ? Loin de là. Ils s'en plaignent et défendent leurs prérogatives : « Il est évident d'après le texte de cet arrêté¹³⁷², que le Bureau central demeure chargé de prononcer, non seulement *sur l'état de folie*, mais encore *sur les autres*

1370 Arr. CGH 63 du 9 floréal an IX, AAP 136 FOSS¹ F°98-99.

1371 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.21.

1372 Du 27 messidor an X (16 juillet 1802) autorisant l'admission temporaire des aliénés à l'Hôtel-Dieu pendant les heures où le Bureau Central n'est pas ouvert.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

*conditions exigées par les règlements. »*¹³⁷³

Ce qui se dessine ici et se confirmera par la suite, c'est l'appropriation des procédures et des instruments de l'administration par des médecins, à des fins non-strictement administratives, qu'elles ressortissent à la promotion professionnelle, la définition de l'objet de la pratique ou l'amélioration des conditions de l'exercice clinique, etc. À notre sens, bien moins que d'une subversion de l'instrument bureaucratique, il s'agit d'une appropriation, voire, comme nous espérons le montrer de façon plus générale, d'une co-construction¹³⁷⁴.

Si les officiers de santé semblent avoir défendu des aspects de leur travail qui peuvent nous paraître assez éloignés de l'art de guérir, ils prirent également une part active aux tâches les plus répressives – toutes proportions gardées – du BCA. Ainsi, les « renvois sans bulletins » d'admission concernent à la fois des personnes qui viennent de bonne foi se croyant malades, mais aussi d'autres qui feignent la maladie.

« L'apparition fréquente des mêmes individus accoutumés à courir ces aziles, a dû exciter particulièrement l'attention du Bureau Central ; en conséquence il a pris le parti de tenir note de leurs noms, de leur âge, de leur état et demeure, des infirmités dont ils se disoient atteints, et même quelquefois des principaux traits de leur physique, afin de réunir des données capables de les faire reconnoître quand ils se présenteroient, même en changeant de nom et de domicile. Il est résulté de ces précautions une liste assez nombreuse au moyen de laquelle on a pu signaler cette espèce de parasites, se tenir en garde contre la supercherie, et faire cesser un abus dont on se plaignoit en vain depuis longtemps. »¹³⁷⁵

Lors des dix-huit premiers mois d'activité du BCA à l'issue desquels fut produit le rapport dont la citation ci-dessus est tirée, 7600 personnes s'étaient vu refuser l'entrée dans les

1373 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.22.

1374 cf. supra p.26.

1375 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.27 Comme on peut le constater, tout semble indiquer que les médecins ont agi de leur propre chef, et nous n'avons nulle part trouver d'instructions qui leur auraient imposé l'établissement d'une telle liste.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

hôpitaux, qu'elles fussent de bonne foi ou non. Nous ne voulons pas sous-entendre ici que les médecins du BCA eurent des fonctions de « police » ou de répression *stricto sensu*. Les auteurs du même rapport font preuve d'une sincère et touchante empathie envers les ouvriers qui émigrent vers la capitale, n'ont pas de logis, ne sont pas très malades mais ont désespérément besoin de repos, et, de ce fait, ne sont pas admissibles aux hôpitaux. « Que peut-on faire pour les ouvriers, les journaliers et les autres individus qui arrivant à Paris avec une incommodité légère qui n'exige que du repos, lorsque ces malheureux n'ont aucune ressource, et ne savent même pas où poser leur tête ? »¹³⁷⁶.

Et c'est précisément cela qui est intéressant : sans avoir à recourir, quelle que soit leur véracité, à des explications socio-politiques strictes qui voudraient que l'hôpital ou la médecine, soient « colonisés » par des missions autrefois confiées à d'autres professions ou dispositifs étatiques ou locaux, on voit émerger des entités qui sont à la fois médicales et administratives, et servent les *deux finalités concomitamment*.

Les activités du BCA sont d'ailleurs des activités médicales à part entière : non seulement le passage par le BCA constitue pour la plupart de ses membres un premier pied dans les hôpitaux de Paris et un tremplin vers des postes hospitaliers plus prestigieux¹³⁷⁷, mais ils sont aussi chargés de prodiguer des soins sur place.

1376 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.28.

1377 Nous n'avons malheureusement pas la place ici de faire la liste des médecins et chirurgiens qui passèrent par le BCA avant de prendre un poste de titulaire dans un hôpital. Nous nous bornerons à dire que l'usage manifeste fut officialisé dans le règlement du service de santé de 1830 qui prévoit que les membres du BCA sont nommés par concours (par l'arrêté du 14 janvier 1828 seules les places de chirurgiens étaient pourvues par concours, celles de médecins restaient à la nomination du ministre sur liste quintuple proposée par le CGH, comme pour les autres postes hospitaliers, cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830, art. 19), les médecins et chirurgiens des hôpitaux, nommés par le ministre sur liste triple proposée par le CGH « ne peuvent être pris que parmi les Membres anciens et en exercice du Bureau central » cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830, art. 25.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

2.2.1.1.2 Soins sur place

Ils consistent en des consultations gratuites, des distributions de bandages et, à partir de 1807, d'un véritable traitement externe. C'est une des fonctions du Bureau central qui connut le plus de succès : en l'an XI, près de 2 000 bandages et pessaires y étaient distribués¹³⁷⁸, 1 800 en moyenne pour la période 1802-1816¹³⁷⁹, 2 500 en 1822¹³⁸⁰ et près de 3 000 en 1828¹³⁸¹. On avait même prévu en 1803 d'établir un dépôt central de bandages au BCA, où ils auraient été contrôlés et marqués, ce qui aurait présenté l'avantage supplémentaire d'éviter des entrées à l'Hôtel-Dieu pour de simples bandages se terminant par un séjour hospitalier prolongé. Globalement, les jugements sur les soins donnés au BCA sont identiques à travers la période, et correspondent à l'idée qu'on se faisait de tout secours en ambulatoire¹³⁸² : « La distribution gratuite des bandages et pessaires est d'une importance majeure, comme mesure de prévoyance et d'économie ; en ce que, dans la supposition que la classe indigente vint à être dénuée de ces précieux secours, on verroit bientôt se multiplier les accidents les plus graves, et il s'en suivroit une dépense considérable de journées d'hôpitaux, à laquelle on est sûr d'obvier en portant le remède à la source du mal. »¹³⁸³

Bien qu'il soit difficile de les chiffrer, le nombre de consultations est lui aussi en augmentation : près de 4 000 en 18 mois en 1803, 9500 en 1806¹³⁸⁴, plus de 11 500 en 1822¹³⁸⁵ et près de 17 000 en 1828¹³⁸⁶. Leur avantage est multiple : économiques, elles déchargent

1378 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.24.

1379 AAP 1M6, compte moral pour l'année 1828.

1380 AAP Bibliothèque finances 15U, compte moral pour 1822.

1381 AAP 1M6, compte moral pour l'année 1828.

1382 cf. supra pp.236 & sq.

1383 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.24 Le commentaire sera presque identique jusque dans la forme en 1828 quand le BCA distribuera pour la première fois des pessaires de cire, « très utiles pour les pauvres, et peu onéreux pour l'administration. » cf. AAP 1M6, compte moral pour 1828.

1384 En cumulant les renvois vers les bureaux de bienfaisance (1077), les consultations écrites faites au BCA (1032) et les consultations orales (7461). L'année 1806 est une des rares pour laquelle on ait des chiffres très précis : cf. Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1809.

1385 En cumulant les 653 consultations écrites et 11987 consultations orales, cf. AAP Bibliothèque finances 15U compte moral pour 1822.

1386 En additionnant les 1714 consultations écrites et les « plus de 15 000 » consultations orales. cf. AAP. 1M6,

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

également les traitements externes des hôpitaux (notamment celui des vénériens dont le nombre de place est nettement insuffisant au début de la période) et les bureaux de bienfaisance des malades que l'on conseille ou traite sur place. Les médecins rappelant à l'administration le manque de moyens attribués ... aux bureaux de bienfaisance !

« Lors de l'établissement du nouveau mode d'admission dans les hôpitaux, on avoit prévu que le succès de cette mesure tiendrait essentiellement aux ressources que les Bureaux de bienfaisance devoient fournir aux indigens affectés de maladies légères. L'expérience nous a d'abord confirmé cette vérité. Les ouvriers peu fortunés ou chargés de famille, n'ont souvent recours aux hôpitaux qu'après avoir épuisé tous leurs moyens pécuniaires et perdu l'espoir d'être soulagés chez eux.

Malheureusement les moyens mis à la disposition des Bureaux de bienfaisance sont si bornés, eu égard à la quantité d'indigens à soulager, que depuis le mois de messidor an X, on s'est vu forcé de diminuer le nombre des individus renvoyés à ces comités [...]. si le service des secours domestiques eût été moins gêné, si les indigens malades eussent pu obtenir les alimens légers dont ils avoient besoin, ainsi que les couvertures, le linge, le bois, etc. qui leur manquoient, nous eussions épargné à un grand nombre la nécessité de recourir aux hôpitaux.

Il est de notre devoir de mettre ces observations sous les yeux du Conseil général des Hospices, afin d'appeler sa sollicitude sur le calcul des ressources dont la Division des Secours peut disposer. »¹³⁸⁷

Enfin, nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons écrit sur les traitements externes¹³⁸⁸.

Rappelons simplement ici que le CGH devait en établir deux au BCA, revenant de fait sur les dispositions qu'il avait prises en 1802¹³⁸⁹. Le premier ouvrit ses portes en 1807 pour le

compte moral pour 1828. Les consultations étaient donc nécessairement sommaires, et centrées sur les symptômes les plus visibles. Comme l'écrit Dora Weiner, nous n'avons pas d'information sur l'introduction, au BCA, de la percussion ou du stéthoscope (Weiner 1993, p.148). À dire vrai, il n'y a plus, à notre connaissance, de source détaillée sur les activités du BCA après le rapport concernant 1806. Ceci étant, 17000 consultations annuelles représentent certes un rythme soutenu, mais pas stakhanoviste : pour 7h d'ouverture du bureau par jour, cela représente une moyenne d'une consultation toutes les 9 minutes. Certes, les membres du BCA avaient d'autres obligations, mais ils travaillaient en binôme.

1387 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, pp.25–27.

1388 cf. supra pp.236 & sq. ; & supra p.332.

1389 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a, art. 9 « Il n'est établi, auprès du bureau central de réception, aucun traitement suivi pour des malades externes. Il ne s'y fait aucune distribution de médicamens ni de secours chirurgicaux, excepté celle des bandages pour les hernies ».

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

traitement de la teigne (il devait être imité la même année à Saint-Louis et aux Enfants-Malades). Le traitement n'était pas opéré par les médecins, mais par des sous-traitants, les frères Mahon¹³⁹⁰, qui donnèrent visiblement entière satisfaction¹³⁹¹. Le second, en 1814, était consacré à la gale, et devaient se tenir en sus du BCA, aux mêmes endroits que le précédent¹³⁹².

Ces traitements semblent avoir eu un succès limité, sans être nul, le nombre de teigneux traités doublant de 1819 à 1828 pour s'approcher du millier.

Le BCA était donc bien une entité centrale de filtrage, mais aussi de soins, ce rôle s'accroissant dans les années 1810, avec l'installation pour des raisons économiques et de santé publique de traitements externes, et l'augmentation des consultations en ambulatoire. Les médecins et chirurgiens y travaillant devant à la fois, selon les cas, renvoyer les imposteurs chez eux, bander les victimes d'accidents légers ou de hernies, ou encore traiter teigneux et galeux.

2.2.1.1.3 Classement des malades

Mais surtout, les membres du bureau central doivent centraliser et répartir les secours proprement médicaux : repérer les malades les plus graves et les adresser à l'hôpital qui convient, c'est-à-dire disposant de lits vides et éventuellement de traitements adaptés à la pathologie présentée. À cet effet les agents de surveillance de chacun des hôpitaux doivent leur envoyer chaque matin – via la commission administrative – le nombre de lits vacants

1390 Arr. CGH 4431 du 31 décembre 1806, AAP Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1818, vol.V.

1391 Payés 6F par malade certifié guéri, le prix fut porté à 9F en 1809.

1392 Arr. CGH 14910 du 27 avril 1814, AAP Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1818, vol.VIII.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

dans leurs établissements¹³⁹³.

De là, les officiers de santé du BCA étaient dans une position particulièrement avantageuse pour mettre en place la typologie des établissements que le CGH voulait voir renforcée¹³⁹⁴. Triant les malades des invalides, ils étaient également en mesure de nourrir la spécialisation des établissements ou au contraire de la saper en envoyant les malades dans les établissements indistinctement.

D'abord, il est clair que le BCA reçut à l'occasion des instructions pour prendre garde à respecter les destinations des divers hôpitaux tels qu'elles avaient été spécifiées par le CGH. Ainsi l'arrêté du 16 nivôse an X (6 janvier 1802) déjà cité imposant une réduction drastique des dépenses, le mettait à contribution en lui ordonnant de ne plus faire admettre les « individus atteints de Gales, de Dartres, de Scrophules, de maladies vénériennes simples », et de les renvoyer pour traitement « dans des salles particulières dans les hospices du Nord & des Vénériens. Ils y recevront le traitement & remèdes nécessaires pour leur guérison »¹³⁹⁵.

Ensuite, il fut visiblement sensible à la séparation établie entre hôpitaux d'arrondissement et de service général. Bien que la plupart des admissions qu'il prononça eurent pour destination l'Hôtel-Dieu, du fait de sa proximité géographique (en général entre 1/3 et 1/2), « le voisinage du quartier habité par les malades est pris en considération. »¹³⁹⁶

1393 C'est la reprise exacte de la suggestion de Tenon (cf. supra p.379), Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a, art. 42. Le CGH redemanderait en 1814 aux membres de la Commission Administrative chargés du BCA de veiller à ce que les agents de surveillance remplissent ce devoir avant 9h, tous les matins. Arr. CGH 15574 du 31 août 1814, AAP 136 FOSS³⁵ F°425.

1394 cf. supra section 2.1.

1395 Arr. CGH 437 du 16 nivôse an X, AAP 136 FOSS² F°27-28.

1396 Pastoret 1816, p.224.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

Mais il est surtout certain que les personnels médicaux du BCA virent dans leurs fonctions un moyen de donner à la médecine hospitalière les malades dont elle avait besoin¹³⁹⁷. À propos du même Hôtel-Dieu, ils devaient écrire qu'il ne présentait déjà plus, quinze ans après, le même visage que celui que dépeignait Tenon dans son rapport. Si la mortalité y avait peu baissé, c'est imputable – disent-ils – à des causes étrangères à l'établissement : il concentre les cas les plus graves, reçus presque déjà à l'article de la mort, à quoi il faut ajouter « qu'autrefois près de la moitié des indigens reçus à l'Hôtel-Dieu étoit composée d'individus peu ou point malades, et à l'égard desquels la mortalité étoit beaucoup moindre ; tandis qu'aujourd'hui on ne reçoit que des personnes véritablement malades et la plupart gravement affectées »¹³⁹⁸. Nonobstant les réserves que l'on ne peut manquer de formuler sur ces déclarations¹³⁹⁹, elles indiquent clairement l'intérêt et l'implication des médecins dans le tri qui leur incombait.

Ainsi, le BCA et ses personnels contribuèrent à renforcer la Charité et sa clinique comme fer de lance de la médecine française. C'est l'un des hôpitaux où l'on reçoit le moins de malades par urgence, i.e. le tout-venant des malades et blessés, le BCA « ayant toujours eu soin d'y remplir, le plus possible, les places vacantes que le mouvement de chaque jour avoit indiquées » pour « les besoins de l'instruction clinique » et d'en écarter pour les mêmes raisons les maladies éruptives, « chroniques interminables », « et en général tous les maux dont la curabilité n'est pas démontrée. »¹⁴⁰⁰ On s'efforça de répartir cependant les cas intéressants dans tous les hôpitaux, et de ne pas les réserver à la seule Charité. À l'hôpital Cochin où « Les officiers de santé en chef se sont plaints d'avoir eu à traiter beaucoup de maladies graves qui offroient à l'art peu de ressources. » – peut-être parce qu'il y a dans le

1397 cf. supra section 2.1.1.1.

1398 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.6.

1399 Cinquante et soixante-quinze ans plus tard, on se plaindra toujours de la présence d'incurables et de chroniques dans les hôpitaux, cf. par exemple Husson 1862, note.1 p.155 (qui indique cependant à la page précédente que les mesures prises par le CGH en ce domaine diminuèrent sensiblement le nombre de « piliers d'hôpital » tout en rendant les restants plus difficiles à faire sortir) ou Nicaise 1877.

1400 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, pp.6–7.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

quartier beaucoup de valétudinaires et de phtisiques – les médecins et chirurgiens du BCA, « à mesure que la constitution catarrhale a diminué en intensité, et que les maladies de printemps ont présenté plus de variété, [se sont] empressés de répondre à la sollicitude des officiers de santé, en offrant à leur clinique des objets plus diversifiés. »¹⁴⁰¹

Enfin, dans les cas équivoques où l'établissement devant prendre en charge le patient n'était pas évident, le BCA dû prendre des décisions portant à conséquences. Ce fut le cas notamment pour les enfants et les nourrissons : la création de l'hôpital des enfants-malades et l'expulsion des jeunes mères de l'Hôtel-Dieu créèrent d'inévitables conflits de compétences, que le BCA contribua à trancher.

Même pour des situations négligeables d'un point de vue quantitatif, Biron et ses collègues sont soucieux de maintenir voire d'éclaircir le cadre réglementaire. Que faire, par exemple, avec les enfants non sevrés ? Appliquer strictement les règlements et les envoyer aux enfants-malades ou enfants-trouvés risque de les faire périr du sevrage. Cependant on ne peut les envoyer à l'Hôtel-Dieu, parce que leur âge l'interdit. Le dilemme se pose à l'identique dans la situation inverse : que faire des enfants sains non-sevrés de nourrices ou de mère qui sont malades ? Les médecins restèrent fidèles à l'habitude, et, « n'ayant eu aucune solution de la part de l'autorité, sur ces diverses questions, [...] ont continué d'envoyer à l'Hôtel-Dieu la mère et l'enfant » lorsque l'un, l'autre ou les deux étaient malades¹⁴⁰², ce qu'ils durent se résoudre à faire... pour treize cas, la plupart des mères se contentant d'une consultation sur place ou d'un renvoi vers les bureaux de bienfaisance.

1401 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.9.

1402 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.12.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

La situation était un peu plus critique pour les enfants nécessitant de « grandes opérations de chirurgie ». Devaient-ils être envoyés à l'hôpital des enfants-malades nouvellement créé ou être dirigés vers l'Hôtel-Dieu, la Charité, ou Saint-Louis comme c'était le cas auparavant ? D'abord adeptes de la tradition, ils finirent par prendre le parti de la spécialisation hospitalière : « la réclamation du chirurgien en chef de l'hôpital des enfants¹⁴⁰³, et l'avis du citoyen Duchanoy, Membre de la Commission Administrative, nous ont déterminés depuis à renvoyer indistinctement toutes les maladies chirurgicales des enfans, à l'hôpital qui leur est spécialement destiné. »¹⁴⁰⁴ Le dilemme se pose également à l'autre extrême pathologique : normalement, aucun enfant de moins de 15 ans ne doit être admis ailleurs qu'aux Enfants-Malades. Il faudrait donc y envoyer les jeunes galeux, dartreux, teigneux, scorbutiques, scrofuleux, ou atteints d'ulcères rebelles qui allaient avant à Saint-Louis, ce que l'établissement nouveau n'est pas en mesure d'admettre, ne disposant pas d'un nombre suffisant de lits. Nécessité faisant loi, les médecins donnèrent la prédominance aux considérations sanitaires et « convaincus d'après l'expérience, que le scorbut avant le 3e degré, et les scrophules même ulcérées, ne sont nullement susceptibles de contagion », ont envoyés des enfants atteints de « dépôts lents, tumeurs blanches, d'engorgemens glanduleux et même de scorbut léger au 1er ou au 2e degré » aux Enfants-Malades. En attendant que l'on constitue dans ce dernier hôpital un département isolé et adapté, les « affections vraiment contagieuses, communicables ou infectionnelles », restent pour l'instant destinées à Saint-Louis « dont il est à souhaiter que l'on parvienne à distraire tous les enfants-malades, comme on l'a fait à l'égard de l'Hôtel-Dieu. »¹⁴⁰⁵

1403 Selon toute vraisemblance Jean-François-Nicolas Jadelot (1771-1855), et non Jean-Baptiste Jumelin (1745-1807) comme l'écrit Weiner 1993, p.148 cf. Commission du Vieux Paris 1907. Outre l'éventuelle consonance, la confusion vient probablement du fait que Jumelin est, avec Duchanoy, l'auteur d'un mémoire sur l'utilité des écoles cliniques (Duchanoy & Jumelin 1778), que Thomas Neville Bonner cite comme l'un des principaux prodromes des réformes à venir, cf. Bonner 2000, p.106, note 9.

1404 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, pp.11–12.

1405 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.14 la construction d'une aile distincte pour les enfants contagieux fut réalisée entre 1808 et 1814, cf. arr. CGH 6267 du 4 mai 1808, AAP 136 FOSS¹⁶ F°6 et Pastoret 1816,

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

Dernier point notable des débuts du BCA, le déficit chronique de places disponibles à Saint-Louis, alors réservé aux individus de tous âges et de tous sexes, atteints de maladies entamées et communicables, ainsi que d'affections chroniques, tant internes qu'externes, aggravé par des travaux faits en juin 1802 qui divisèrent le nombre de lits par deux, entraînant le refoulement de personnes avec un billet d'admission. La méthode employée pour parvenir à une solution est suffisamment éloignée des représentations voulant qu'administrateurs et médecins aient cohabité en s'ignorant superbement, et dénote assez la fonction de répartition et de coordination que l'on prêtait au BCA pour être mentionnée : à l'invitation de Fesquet, membre de la Commission administrative, une réunion se tint regroupant les médecins et chirurgiens chef de Saint-Louis, ainsi que ceux du Bureau Central. Il y fut décidé six mesures pour tenter de remédier au problème que l'on peut regrouper en trois catégories : limiter les admissions aux personnes les plus atteintes, renvoyer certaines pathologies (écrouelles infantiles, teigne, gale, dartre et scorbut légers) à des soins extérieurs, et expulser de l'institution les incurables et les individus qui « ne présenteroient aucun espoir de guérison, afin de préserver les places vacantes pour le traitement des maladies susceptibles de curabilité. »¹⁴⁰⁶ Les médecins se virent alors adresser les reproches traditionnellement réservés à l'administration : refuser des secours à des personnes en ayant besoin, et à qui les bureaux de bienfaisance, dépourvus, ne pouvaient donner à domicile « aucun moyen profitable de soulagement. »¹⁴⁰⁷

p.57.

1406 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.15.

1407 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.16.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

Quoiqu'il en soit, et si déplaisant que cela fût sous certains aspects, les médecins et les chirurgiens du BCA participèrent activement au tri des indigents, malades et invalides, faisant de leur mieux pour tout à la fois appliquer les règlements – y compris dans ce qu'ils pouvaient avoir de coercitif –, qui, *in fine*, devaient aboutir à la « pathologisation » de l'hôpital, et favoriser l'exercice clinique.

Cette mission de réservation des hôpitaux aux malades, les membres du Bureau Central l'opérèrent *ex-ante* en filtrant les admissions, mais aussi *ex-post* en se voyant investis progressivement des « visites de police »¹⁴⁰⁸. Le règlement du service de santé confiait initialement aux agents administratifs la tenue de listes de malades qui prolongeraient leur séjour de façon exagérée et donc suspecte¹⁴⁰⁹. Les agents de surveillance sont donc là dans un rôle qui leur est traditionnellement dévolu : maintenir un certain ordre et réprimer les abus. Mais ils étaient mal placés pour demander aux médecins ce qui pouvait justifier le séjour prolongé d'un malade. On leur adjoignit les membres du BCA pour contrer l'argument d'autorité médical qui leur était probablement fréquemment servi. En 1812, il est prévu que le membre de la commission administrative chargé du service médical fasse une tournée annuelle des hôpitaux, assisté d'un membre du bureau central, pour constater « l'état des malades qui n'auraient plus besoin de traitement »¹⁴¹⁰. La présence d'un des principaux employés de l'administration centrale, flanqué d'un médecin, à un intervalle aussi espacé ne dut pas produire tous les effets escomptés.

Elle fut donc renforcée à partir de 1817. Suite au rapport d'une commission sur « les

1408 C'est l'expression employée dans le compte moral pour 1821 p.20. cf. AAP Bibliothèque finance 15U, compte moral pour 1821.

1409 Art. 79 du règlement du service de santé de 1802 leur confiait déjà. cf. infra p.572.

1410 Arr. CGH 11829 du 1er avril 1812, AAP 136 FOSS²⁷ F°521.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

vieillards incurables sans asyles [...] qui réclament et forcent pour ainsi dire leur admission dans les hospices »¹⁴¹¹, et pour « assurer l'évacuation des hôpitaux et empêcher les malades d'y prolonger leur séjour sans motif », il fut décidé que les agents de surveillance tiendraient un registre à part des septuagénaires et octogénaires et des malades présents depuis plus de 2 mois, sur lesquels « ils se procureront par tous les moyens possibles, des renseignements sur le domicile et les relations de ces malades et leurs moyens d'existence antérieurement à leur entrée à l'hôpital »¹⁴¹². Les registres ainsi établis serviront de base à l'inspection que les membres du BCA sont à partir de là sommés de faire au moins une fois tous les deux mois pour « visiter les malades et désigner ceux qui doivent en sortir suivant les règlements »¹⁴¹³. Les administrateurs combattirent le feu par le feu : à l'autorité médicale, on opposa l'autorité médico-administrative. On sait d'après les archives que si ces visites ont effectivement été faites¹⁴¹⁴, elles ne le furent évidemment pas toujours avec le sérieux attendu. Conséquence : les médecins du Bureau Central furent convoqués par Antoine Portal (membre du CGH et premier médecin du roi, rien de moins), et contraints de la réitérer en présence des agents de surveillance et de l'interne de chaque salle¹⁴¹⁵.

Nous examinerons plus loin la difficile question des effets de ces mesures¹⁴¹⁶. Pour l'instant, il est permis de constater que ces dispositions, assez contraignantes pour les

1411 Ils « forcent » leur admission dans les hospices en se faisant initialement admettre pour maladie dans un hôpital, et en tentant par la suite d'y rester par tous les moyens. C'est le second abus dénoncé par Camus dans Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, pp.27-28, déjà évoqué supra p.294.

1412 C'est donc une reprise, plus intrusive, de l'art. 79 du règlement de 1802 susmentionné, l'objectif étant de renvoyer chez eux sans autre forme de procès les moins infortunés.

1413 Arr. CGH 20535 du 22 janvier 1817, AAP 136 FOSS⁴⁵F°210.

1414 Duchanoy, membre de la commission administrative, prévient par exemple par écrit l'agent de surveillance de Saint-Louis le 25 juillet 1827 que conformément au règlement, les médecins du BCA feront une visite pour « constater les malades qui doivent en sortir ou qui doivent y être conservés ». AAP correspondance L1 Saint-Louis.

1415 La moisson de vieillards, incurables et oisifs semble alors avoir été plus fructueuse : des sorties supplémentaires furent prononcées et 37 patients furent déclarés incurables : 10 à la Charité, 8 à Saint-Antoine, 2 à Cochin, 16 à Saint-Louis, 1 à Necker. Arr. CGH 51407 du 20 mai 1829, AAP 136 FOSS¹⁰⁷F°478-480.

1416 cf. infra section 2.3.1.2.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

médecins du BCA comme pour les malades et les personnels administratifs reçurent cependant une attention soutenue.

2.2.1.1.4 Admissions par urgence

La fonction principale du BCA étant de filtrer les admissions, la mesure de son efficacité doit nécessairement être le rapport des admissions qu'il prononça aux admissions par urgence pratiquées directement dans les divers établissements.

Dora Weiner a parfaitement raison d'écrire que les membres du CGH furent déçus par le nouveau système centralisé d'admission, constatant assez rapidement qu'il était à l'origine de moins de 60% des entrées, avec des proportions d'admission par urgence relativement variables d'un établissement à l'autre, les plus concernés étant Saint-Antoine, éloigné et situé dans un quartier très populaire, et Necker pour lequel « une tradition de service de quartier vieille de trente ans et la bonne réputation de l'hôpital semblent la meilleure explication. »¹⁴¹⁷

Le fait est qu'après s'être réjoui que la création du BCA ait « diminué considérablement le nombre de malades dans les hospices » et de ce fait le sauve d'une situation financière critique en l'an XI¹⁴¹⁸, le CGH va rapidement se plaindre du nombre des admissions par urgence et prendre des mesures répétées pour tenter de les faire régresser.

Dès juin 1802, le règlement du service de santé, qui autorise les admissions par urgence, est précisé dans un arrêté qui commande aux médecins de spécifier dans leur bulletin de réception « la nature de la maladie et les faits qui établissent l'urgence » et aux agents de

1417 Weiner 1993, pp.148-149.

1418 Arr. CGH 1468 du 28 floréal an XI (18 mai 1803), AAP 136 FOSS⁴ F°453-456, baisse des admissions qui devrait alléger les dépenses et « malgré l'énorme réduction que le conseil de la commune a faite cette année sur la somme que vous aviez demandée pour l'an XI et qui était déjà elle-même inférieure à celle de l'an X », laisse espérer qu'il soit possible « de faire le service et de satisfaire tous les fournisseurs pourvu néanmoins qu'aucun des hospices n'outrepasse la somme fixée ».

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

surveillance de transmettre toutes les décades « copie de ces bulletins [...] à la commission administrative »¹⁴¹⁹. L'ombre de cette dernière n'aura pas dissuadé les médecins d'une certaine prodigalité en matière d'admission directe. Le rapport du BCA de 1806 explique que si les admissions d'urgence déclinent nettement l'année précédente (33% contre 47% des admissions pour l'an XIII), elles restent trop élevées, avec de très grosses disparités entre établissements. Elles ne sont très largement minoritaires qu'à l'Hôtel-Dieu, dans les murs duquel se trouve le BCA, aux Enfants-Malades, à Saint-Louis et aux Vénériens¹⁴²⁰.

Duchanoy, médecin et membre de la commission administrative, s'était lui aussi plaint amèrement l'année précédente de la surreprésentation des admissions par urgence alors que « d'après les registres des malades et des maladies ordinaires pendant plusieurs années, il est prouvé que, si l'on voulait s'en tenir à la stricte nécessité des urgences bien motivées, elles ne s'élèveraient pas, dans les temps exempts d'épidémies, à plus d'un huitième de la totalité des malades » qu'il ramène à $\frac{1}{4}$ par indulgence¹⁴²¹. La situation lui paraît d'autant plus scandaleuse à Saint-Louis et aux Vénériens, où l'on ne doit recevoir que des « chroniques et contagieux » et donc pas de cas urgents.

L'insuffisante application des règlements ouvrant un espace d'incertitude quant aux résultats de son action, l'administration agit conformément aux analyses standards de Michel Crozier¹⁴²² en ... produisant de nouveaux règlements. Remarquablement, elle le fit en arguant

1419 Arr. CGH 816 du 9 messidor an X (28 juin 1802), AAP 136 FOSS² F°602.

1420 Où elles représentent respectivement 3001/11836, 575/1737, 471/3834 et 440/2202 admissions, soit 26%, 33%, 12% et 20%. La proportion est variable dans les autres hôpitaux, mais nettement moins favorable à l'action du BCA : 45% des admissions à la Charité se font par urgence et 47% à Cochin, mais elles représentent 70% des entrées à Saint-Antoine, 63% à Beaujon, 77% à Necker. Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1809, p.6.

1421 Duchanoy 1806, p.8.

1422 Crozier 1971, p.229.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

de motifs plus médicaux que gestionnaires : les admissions d'urgence accordées trop facilement à la porte des hôpitaux « ramènent les abus qui existaient avant l'établissement du Bureau central, et intervertissent l'ordre et la classification des maladies, surtout dans les hôpitaux spéciaux », et rendent nécessaire une nouvelle modification – d'ampleur non négligeable – du règlement du service de santé. Les admissions par urgence ne pourront plus être prononcées par l'interne seul qu'à titre provisoire, et devront être contre-signées par le médecin ou chirurgien en chef. À défaut, les malades « recevront de suite leur exeat » (art. 4). Les admissions d'urgence dans les hôpitaux spécialisés (St Louis, Vénériens, Enfants-Malades) sont limitées à 24h, à l'issue desquelles les malades doivent être transférés dans un hôpital général ou de quartier (art. 6 et 7). Enfin, la durée de séjour dans les hôpitaux est limitée à trois mois, après lesquels le malade, s'il a besoin d'une prolongation de traitement, « passe dans une autre maison, après présentation au bureau central d'admission pour avoir un nouveau bulletin d'admission. S'il ne peut être déplacé, le médecin ou chirurgien en chef fera un certificat motivé, transmis par l'agent de surveillance au bureau central, qui fera un certificat de prolongation. » (art. 11), les malades des hôpitaux spéciaux étant dispensés de rotation d'établissement, mais pas leurs médecins du certificat de prolongation¹⁴²³. Le mois suivant, le CGH allait même jusqu'à exiger que les admissions d'urgence de l'Hôtel-Dieu se fassent ... au BCA¹⁴²⁴ !

Ce n'est pas l'intransigeance peu productive de la mesure qui le fit la rapporter en 1813, mais l'insistance du préfet de police pour que les personnes que lui ou ses commissaires envoyaient en urgence soient reçues directement, sans avoir à subir d'attente

1423 Arr. CGH 3849 du 30 juillet 1806, AAP 136 FOSS¹¹ F°182-183 Si le lecteur contemporain peut être frappé par le surréalisme bureaucratique qui transparait dans ces arrêtés, il ne faut pas pour autant les prendre à la légère : le CGH ne les prenait pas comme de pures rodomontades administratives pour garder la face vis-à-vis des médecins ou du ministère de tutelle : il les fit imprimer et afficher dans les hôpitaux. On peut consulter un de ces exemplaires imprimé : BN, cote 8-R Pièce-7440.

1424 Arr. CGH 3919 du 27 août 1806, 136 FOSS¹¹ F°286.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

supplémentaire¹⁴²⁵. Et ce fut longtemps source de tensions, le CGH considérant ces admissions sur lesquelles ses filtres ne pouvaient s'appliquer comme un trouble à la bonne classification et la bonne gestion des malades :

« Jusqu'en 1856, les commissaires de police mettaient souvent les administrateurs hospitaliers dans l'embarras en envoyant des personnes malades, ou des personnes feignant de l'être, avec l'ordre qu'elles soient admises sur le champ. De sorte que l'on passait outre les règlements établies par l'Assistance [publique], et que très souvent des hommes et des femmes décrépits ou de faux invalides – qui auraient dû être admis dans un hospice ou un dépôt de mendicité – étaient imposés aux autorités hospitalières. Une circulaire du préfet de police mis fin à ce conflit d'autorité en octobre 1856, et depuis les cas envoyés à l'hôpital par la police furent sujets, comme tous les autres, aux règlements de l'Assistance. »¹⁴²⁶

Que penser d'une telle obstination ? D'abord, à l'examen des chiffres globaux, les admissions par le bureau central, nonobstant la déception affichée des administrateurs et sans être écrasantes, ne sont pas ridicules : entre 1806 et 1813, années pour lesquelles nous avons des séries complètes¹⁴²⁷, elles représentent entre 55 et 65% des admissions chaque année (avec un maximum à 74% en 1807 et un minimum à 47% en 1813), et 60% pour l'ensemble de la période. Cependant le poids du BCA semble s'éroder, jusqu'à ne plus représenter que 40% des admissions en 1821, pour remonter à 55% en 1828, sans que nous puissions en fournir

1425 Arr CGH 13924 du 1er septembre 1813, AAP 136 FOSS³² F°10. À la suite de quoi on en profita pour nommer Naudin, médecin de 22 ans d'ancienneté qui était en charge des admissions d'urgence de l'Hôtel-Dieu au Bureau Central, comme médecin de Montrouge, parce que le service de santé de la maison y était fait par un seul élève interne, ce dont les patients – qui payaient – se plaignaient. Arr. CGH 14013 du 15 septembre 1813 AN F¹⁵ 1921. Sur l'attention portée aux desiderata des patients payant, voir supra section 2.1.4p.362.

1426 Jerrold 1869, p.533: « Before 1856, the commissaries of police often threw the administrators of an hospital into confusion by sending sick persons, or persons feigning sickness, with orders that they should be instantly admitted. In this way the regulations of the Assistance were broken through, and very often decrepid men and women or false invalids – cases for the Hospices of the Dépôt de Mendicité – were foisted upon the hospital authorities. A circular of the prefect of police put an end to this conflict of authority in Oct. 1856, and thenceforth the cases sent to the hospital by the police were subjected, like any others, to the regulations of the Assistance. »

1427 cf. Pastoret 1816, p.232.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

d'explication satisfaisante¹⁴²⁸. Que près d'un malade sur deux se déplace jusqu'au centre de Paris, attende parfois plusieurs heures, pour se faire examiner et éventuellement renvoyer dans un hôpital éloigné indique malgré tout un certain succès du dispositif.

L'examen des proportions par établissement pointe là où le bât blesse : certains établissements reçoivent 70 à 80% de leurs malades par urgence (c'est le cas de Beaujon ou Necker) ; et surtout l'Hôtel-Dieu – qui fait office de « bon élève » avec plus de 70% de réception via le BCA – compte à lui seul pour près de 40% des admissions prononcées par ce dernier de 1806 à 1813. Rien d'étonnant : ils partagent les mêmes bâtiments. On pourrait même se demander ce qui explique que 25 à 30% des admis ne passent pas par le BCA. En 1828, l'agent de surveillance répondra au membre de la commission administrative que les raisons principales sont quintuples : l'admission directe de malades par des médecins auxquels on les adresse directement ou qu'ils ont vu dans les consultations gratuites (soit environ 800 entrées/an) ; les requêtes du préfet ou des commissaires de police (souvent des blessés suite à des accidents, rixes ou tentatives de suicide) ; la persistance des femmes enceintes à venir accoucher à l'Hôtel-Dieu (270 pour 1827 « malgré qu'on ait refusé un grand nombre de femmes parce qu'elles avaient le temps d'aller à la maison d'accouchement ») ; les malades reçus temporairement par les élèves de garde et qui sont comptabilisés même si le médecin finit par les renvoyer ; et enfin le fait que les malades préfèrent contourner le BCA « pour éviter d'y attendre trop longtemps », notamment parce qu'il ouvre fréquemment en retard¹⁴²⁹.

De manière générale, le système de centralisation des admissions semble avoir eu des conséquences tangibles sur les admissions à l'Hôtel-Dieu, la Charité, les Enfants-Malades, et

1428 cf. AAP bibliothèque finance 15U, compte moral pour 1821 et AAP 1M6, compte moral pour 1828.

1429 Lettre du 25/03/1828 de M. Mas, agent de surveillance à M. Desportes, membre de la commission administrative, AAP Registre de correspondance L1 Hôtel-Dieu.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

Saint-Louis. C'est dans ces établissements que la proportion des admissions par le BCA est la plus importante (entre 60 et 70%). Et encore, le CGH semble avoir fait preuve d'un certain pragmatisme : deux ans après le rapport de Duchanoy se plaignant de l'infondé des admissions par urgence aux Vénériens¹⁴³⁰, en même temps qu'il y créait officiellement un traitement externe¹⁴³¹, les admissions y étaient décentralisées, en présence d'un membre du BCA il est vrai¹⁴³². En 1816, la même mesure est prise pour Saint-Louis¹⁴³³, toujours sous la surveillance des médecins du BCA. La particularité des pathologies traitées couplée à la présence de traitements externes permettant à ces hôpitaux d'apporter une réponse autre que l'hospitalisation systématique ou le renvoi sans soins, le transit de leurs malades par le BCA semblait superflu et relativement inefficace, sans mentionner son éloignement.

Autrement dit, l'organe central de filtrage et de répartition dirigé par les médecins avait été conçu comme un instrument médico-administratif de tri, chargé de donner quelque application aux règlements d'admission. Si cette facette des prérogatives du BCA fut d'une ampleur limitée, on remarque qu'elle concentra la plupart de ses effets sur les établissements qui abritaient la clinique chirurgicale, la clinique médicale, et les hôpitaux spécialisés. Le Bureau Central fut également utilisé par l'administration pour tenter de limiter le pouvoir des médecins dans leurs établissements en faisant exécuter des visites « de police » par d'autres médecins et chirurgiens – ceux du BCA – en compagnie des employés administratifs ou guidés par des listes que ceux-ci avaient établies, dans le but de coiffer les décisions

1430 cf. supra p.399 Bien qu'il les trouva choquantes car infondées, les admissions par urgence à Saint-Louis et aux Vénériens étaient cependant largement minoritaires.

1431 Déjà mentionné p.324 note 1125.

1432 Arr. CGH 6270 du 4 mai 1808, AAP FOSS¹⁶ F°10-11 : « À compter du 1er juin prochain, l'admission des personnes atteintes de la maladie vénérienne se fera à l'hôpital des Vénériens, dans un bureau particulier, par un des membres du bureau central, et par le chirurgien en chef dudit hôpital ».

1433 Arrêté du ministre de l'intérieur du 10 août 1816 : « à l'avenir, l'admission des pauvres atteints des maladies de la peau, aura lieu à l'hôpital St-Louis même. Néanmoins, deux membres du bureau central d'admission se transporteront deux fois par mois à l'hôpital, pour visiter les malades admis et s'assurer que leur état de santé exige véritablement leur séjour dans la maison. » Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.375.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

médicales prises localement par une validation médico-administrative centrale. Un levier médical pour des finalités administratives, en somme.

2.2.1.1.5 Suppression du BCA

Nous l'avons dit, le Bureau Central survécu un demi-siècle au Conseil Général et fut supprimé en 1895. Signe que s'il n'avait pas comblé tous les espoirs, il continuait à rendre un certain nombre de services. Mais en cette fin de XIX^e ils furent jugés insuffisants :

« 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. L'incapacité des médecins à assurer correctement un service peu rémunérateur, ajouté à la difficulté de faire admettre les malades venant du Bureau central d'admission dans les hôpitaux, en raison d'un fort taux d'occupation et du succès des consultations externes sont les principales raisons de cette suppression. »¹⁴³⁴

Mais dès la fin des travaux de reconstruction de l'Hôtel-Dieu (1867-1878), on voit apparaître des réflexions sur l'opportunité de maintenir en fonction une entité dont l'utilité est contestée. Les médecins, las de voir leurs décisions potentiellement contestées et la multiplication chronophage des procédures bureaucratiques tatillonnes, en profitèrent-ils pour frapper d'estoc et de taille cette création d'une administration centralisée, manifestement ignorante des conditions pratiques d'exercice, enfermée dans sa tour d'ivoire ? Pas exactement.

L'attaque vint... du secrétaire général de l'assistance publique¹⁴³⁵. Le conseil de

1434 Barillé 2010, p.211.

1435 AAP 88 FOSS.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

surveillance et le conseil municipal « s'étant formellement prononcés pour que le bureau central fût exclu du nouvel Hôtel-Dieu », se pose la question de sa relocalisation ou de sa suppression. Or la situation a changé depuis 1801 : la « classe ouvrière » qui habitait le centre s'est déplacée vers les arrondissements périphériques, et des consultations ont été établies dans les hôpitaux mêmes pour leurs admissions, à la suite des traitements externes généralisés en 1825. De ce fait, le BCA a changé de vocation et est maintenant chargé de constater l'état des infirmes avant leur entrée dans les hospices ; l'état des malades ou infirmes présentés pour les secours des bureaux de bienfaisance ; de faire des vaccinations et de donner des consultations ; de faire le pansement des ulcères et des maladies des yeux ; de traiter la teigne, les maladies du larynx, les « maladies des femmes » ; de vérifier la confection et l'application des bandages, etc. Il n'a plus à s'occuper des admissions dans les hôpitaux spéciaux. La proportion des admissions faites par le BCA est en baisse : entre 1865 et 1874, la part des admissions faites par le BCA passe de 25 à 20%. Il est surtout devenu une consultation en soins ambulatoires au centre de la ville, et un lieu de certification pour l'accession aux places en hospice ou aux secours des bureaux de bienfaisance¹⁴³⁶. En conséquence de quoi le secrétaire général propose que les soins ambulatoires soient proposés dans les divers hôpitaux en fonctions de leurs spécialités, les admissions faites directement elles-aussi, et que l'on répartisse les six médecins et les deux chirurgiens qui exercent au BCA dans les établissements existants.

1436 Le secrétaire général indique qu'en moyenne sur les dix années écoulées, le BCA, au titre de ses fonctions présentes a fourni 982 certificats pour admission dans les hospices ; 340 certificats pour secours dans bureaux de bienfaisance ; 24400 consultations avec distribution de médicaments ; 3367 consultations pour ophtalmies ; 1085 consultations dentaires ; 1160 consultations pour la teigne ; 3710 consultations pour les « maladies de femmes » ; 1340 consultations pour les maladies du larynx ; 1600 consultations orthopédiques et 7050 bandages. C'est dire si ses fonctions ont changé. À comparer avec le nombre de consultations et bandages dispensés au début du siècle supra p.398.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

La proposition, solidement étayée, fit cependant long feu. C'est qu'elle fut combattue par... des médecins. En l'occurrence au moins deux d'entre eux, et non des moindres : Ulysse Trélat¹⁴³⁷ et Jules Édouard Nicaise¹⁴³⁸.

Le premier présente le projet de suppression comme le fait du conseil municipal soutenu par le préfet¹⁴³⁹. Il s'y oppose au motif que ce serait, des trois types de personnes qui viennent chercher des secours aux BCA – les malades qui viennent directement, sans chercher à entrer dans un hôpital antérieurement, « les malheureux et infirmes qui ne doivent point entrer dans l'hôpital et essaient d'y pénétrer », et les « vrais malades qui refluent des hôpitaux remplis » – les derniers qui en pâtiraient le plus. N'ayant aucune vision d'ensemble, les médecins de chaque établissement admettront les requérants bien plus par ordre d'arrivée que par ordre de gravité. Conséquence implicite : on prend le risque de voir revenir avec plus de force l'indistinction des hôpitaux et des hospices qu'il pointe au début de son essai¹⁴⁴⁰. Aussi, il est nécessaire, d'après lui, de maintenir le bureau central comme siège de certaines consultations : bandages, appareils orthopédiques, visite des aveugles et paralytiques secourus, mais aussi comme centre de tri et d'admission, mais en réduisant la plage horaire de réception de 13h à 15h, une fois faites les admissions du matin dans les hôpitaux et le nombre de lits vacants transmis.

Le rapport de Jules-Édouard Nicaise¹⁴⁴¹ – qui ne parle pas qu'en son nom propre mais au nom de la société des chirurgiens des hôpitaux, qui en a décidé l'impression – reprend les mêmes arguments, en insistant sur le fait que supprimer le BCA reviendrait, vu la pénurie de

1437 (1828-1890), interne des hôpitaux, chirurgien du BCA puis des hôpitaux, professeur de la faculté de médecine de Paris, membre de l'académie de médecine et de la société anatomique de Paris. cf. supra p.290 note 1010.

1438 (1838-1896), interne des hôpitaux, chirurgien du BCA puis des hôpitaux, professeur de la faculté de médecine de Paris, membre de l'académie de médecine et de la société anatomique de Paris. cf. supra p.302.

1439 Trélat 1877, p.7.

1440 Trélat 1877, pp.4-5 pour un exposé de ses vues en la matière, cf. supra p.290 et note 1012.

1441 Nicaise 1877.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

lits, à favoriser les moins malades des chroniques et à entretenir la « présence dans les salles d'un grand nombre d'*infirmes*, qui restent dans les services pendant plusieurs mois jusqu'à leur passage dans les hospices ». « Par l'admission directe on refusera un plus grand nombre de malades assez sérieusement atteints qu'avec le système qui fonctionne aujourd'hui, et ceux-ci, les moins valides, seront soumis à plus de *déplacements* »¹⁴⁴². En conséquence de quoi la commission qu'il préside se fait l'avocate du maintien de l'admission des malades par le Bureau Central, tout comme des consultations et de la délivrance de médicaments qui y est faite, sans pour autant vouloir revenir sur la possibilité des admissions par urgence et la tenue de consultations externes dans les établissements¹⁴⁴³.

Autrement dit, face à une administration qui constate l'efficacité décroissante voire presque marginale d'un dispositif qui peut paraître très centralisateur voire autoritaire, ce sont les médecins, qui l'ont alors considérablement réinvesti, qui s'en font les thuriféraires non seulement pour les consultations qui s'y tiennent (on pourrait alors supposer qu'ils veulent conserver l'institution en la dépouillant de ses aspects les plus bureaucratiques), mais aussi comme rouage d'une gestion des individus récipiendaires des soins médicaux hospitaliers, et comme pivot gardien de la nécessaire typologie des établissements.

2.2.1.2 *Convalescents et transferts inter-établissements*

2.2.1.2.1 Transferts

Pour que la division entre hôpitaux et hospices eu quelque réalité, il fallait donc empêcher

1442 Nicaise 1877, p.7,9.

1443 Nicaise 1877, p.15.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

l'admission des incurables, infirmes et chroniques dans les hôpitaux pour malades. Il fallait trier, ce fut une des fonctions principales du BCA, comme nous venons de le voir. Triage qui « focalisa l'attention sur le diagnostic et mena à de nombreux transferts » comme l'écrit Dora Weiner¹⁴⁴⁴. Toutes les admissions ne passant pas par le bureau central – tant s'en faut, comme nous l'avons montré – il appartenait également au BCA de procéder à des « visites de police », contrôles *a posteriori* de l'opportunité de la présence de tel ou tel malade dans un lit hospitalier. Mais que faire des malades occupant des lits et qui, sans être de « vrais malades »¹⁴⁴⁵ étaient cependant de « bons pauvres »¹⁴⁴⁶ ? Les guéris et les resquilleurs étaient expulsés sans embarras (*a fortiori* après 1824 et la montée en charge de la fondation Montyon¹⁴⁴⁷), mais il n'était pas envisageable de sortir sans autre forme de procès des vieillards, des infirmes, et plus généralement des personnes qui allaient de toute évidence se livrer à la mendicité pour survivre si elles devaient quitter les hôpitaux dans lesquels elles se trouvaient. Il fallait donc les transférer vers les hospices ou des établissements adaptés.

1444 Weiner 1993, p.150« Triage sharpened attention to diagnosis and led to numerous retransfers ».

1445 Pour reprendre l'expression de Pastoret 1816, p.222et Trélat 1877, p.4.

1446 Pour reprendre l'expression du CGH, Arr. CGH n°1493, 136 FOSS⁴.

1447 Les revenus de la fondation, issu du legs du baron de Montyon, étaient gérés par le CGH (sans qu'ils soient confondus avec les siens propres). Tout convalescent avait droit dans les deux semaines suivant sa sortie, s'il était inscrit sur les listes d'indigence (ou à défaut après autorisation de la commission administrative) à un secours d'un pain de 3 livres et 0.75F en argent (dans un premier temps, les montants et modalités changèrent au fil du temps) et éventuellement des secours extraordinaires, accordés au cas par cas, pouvant se monter à 25F. Martin-Doisy 1857, p.705. L'administration restreint cependant au fil des années les convalescents éligibles, excluant successivement « tous les malades non domiciliés dans les douze arrondissements municipaux [soit environ 10%], les convalescents qui sortaient des « maisons de santé » (payantes), des Enfants-malades ou des Vénériens, puis ceux dont la durée d'hospitalisation n'avait pas excédé cinq jours, et enfin diverses autres catégories dont la liste s'allonge au cours de la période (malades renvoyés pour inconduite, accouchées ayant abandonné leur enfant, domestiques ou apprentis logés chez leurs maîtres, etc.) » Duprat 1997, note.61 p.26 cf. Sur la fondation Montyon, voir Duprat 1997, pp.26–27 ; Mauger 1905, pp.304–307, sur le baron de Montyon, voir Duprat 1997, pp.898–900, un des trois « héros de la philanthropie » selon elle (le plus « Ancien Régime », il est vrai).

Mentionnons ici que dès mai 1802 le CGH avait fourni des subsides aux plus pauvres des convalescents, l'arrêté CGH 1337 du 18 ventôse an XI (9 mars 1803) prorogeant *sine die* le secours de 15F/mois accordé pendant trois mois par l'art. 5. de l'arrêté du CGH du 20 floréal an X [dont nous n'avons pu retrouver de trace] aux individus sortis des hôpitaux confiés aux soins des bureaux de bienfaisance « à ceux des dits indigents que les Bureaux de bienfaisance représenteront être réduits à une extrême misère, incapables de tout travail et affligés d'infirmes perpétuelles et incurables. ». AAP 136 FOSS⁴ F°230.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

La pratique de transferts inter-établissements à Paris ne date pas du début du XIX^e siècle. Mais ils se faisaient en général dans l'autre sens : non pas pour vider les lits hospitaliers des vieillards qui les occupaient, mais pour donner des soins aux infirmes et vieux occupant des places dans les hospices. L'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général d'Ancien Régime avaient des accords de la sorte, les infirmeries du dernier étant virtuellement inexistantes. Jacques Tenon mentionne des passages de l'Hôtel-Dieu vers d'autres hôpitaux, pour le traitement des maladies vénériennes essentiellement (à Bicêtre pour les hommes, Vaugirard pour les femmes et les enfants) et la teigne (à la Pitié pour les hommes, la Salpêtrière pour les femmes)¹⁴⁴⁸. Cependant, les transferts étaient loin d'être toujours aisés : en 1754 par exemple, le bureau de l'Hôtel-Dieu refuse d'accueillir des prisonniers scorbutiques¹⁴⁴⁹ du Châtelet. D'Argenson, ministre et secrétaire d'État proteste et tente de se tourner vers l'Hôpital Général qui lui fait savoir qu'il est tenu de recevoir les mendiants, mais pas les malades, et se plaint en retour auprès de d'Argenson que si le bureau de l'Hôtel-Dieu se refuse à ouvrir Saint-Louis, ce n'est que pour des questions financières. Dans la même veine, quatre ans plus tard, ce sont les malades de Bicêtre qui se virent fermer les portes de l'Hôtel-Dieu malgré les terribles conditions auxquelles ils étaient réduits, décrites par Boyer (doyen de la faculté de médecine) et Latier (médecin de l'Hôpital Général). Les administrateurs de l'Hôtel-Dieu ne consentiront à recevoir les scorbutiques de Bicêtre qu'en 1767, et à Sainte-Anne uniquement¹⁴⁵⁰. Ayant pour la première fois de façon durable la haute main sur tous les hôpitaux et hospices de la capitale, le CGH était effectivement en mesure de lever ce genre de difficulté.

Et il ne tarda pas : il créait le 20 floréal an X (10 mai 1802) une commission spéciale, composée de Duchanoy membre de la commission administrative, Moustelon membre de

1448 Tenon 1788, p.294.

1449 La maladie était alors généralement pensée contagieuse.

1450 Fosseyeux 1912, pp.308–309.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

l'agence des secours à domicile, et de membres des bureaux de bienfaisance, pour interroger dans les hôpitaux ceux qui y sont depuis plus de 3 mois et sont guéris ou reconnus incurables ou infirmes « et qu'y ni doivent depuis longtemps leur conservation qu'à l'intérêt qu'ont inspiré leur indigence et leur infirmité. », soit 339 personnes. Il les distinguèrent en quatre classes. La première, composée de 202 personnes attendant leur admission dans un hospice, que la commission a classé en donnant priorité à l'âge puis aux infirmités : « Il n'y a qu'un hospice qui puisse convenir à leur position d'autant que les dépenses qu'elle occasionneroit à domicile excéderoient celles qui sont fixées dans les hospices. ». Les trois autres sont composées soit de personnes sans ressources mais provenant d'autres départements, pour lesquelles il n'existe pas de solution : les renvoyer, c'est prendre le risque qu'elles mendient, les garder c'est grever le budget des hospices de dépenses qu'il n'a pas assumer en vertu de la loi du 15 octobre 1793 sur le domicile de secours ; soit de personnes pauvres ayant de la famille à renvoyer avec quelques secours ou de personnes à renvoyer tout court.

À la suite de ce rapport, le CGH va prendre des mesures d'ampleur non négligeable pour évacuer ces indigents et infirmes, en portant à 200 (au lieu des 100 initialement prévues) le nombre de places créées à Bicêtre, la Salpêtrière, les Incurables et les Ménages par l'arrêté du 20 floréal pour « y recevoir les personnes qui sont depuis plusieurs mois dans les hôpitaux et qu'on ne peut renvoyer à cause de leurs infirmités et indigence »¹⁴⁵¹. Les considérants sont particulièrement éclairants :

« Considérant qu'il est important de ne conserver dans les hôpitaux que les personnes réellement malades, que ces individus ne pouvant être renvoyés, l'économie exige qu'on les mette à un régime moins cher que celui des malades, & que l'entrée dans les hospices de ces individus qui sont depuis longtemps à la charge des hôpitaux ne peut être regardée comme une admission nouvelle »¹⁴⁵²

1451 Tout juste de quoi admettre, donc, les 202 personnes de la première classe susmentionnée.

1452 Arr. CGH 803 du 6 messidor an X (25 juin 1802), AAP 136 FOSS² F°573.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

On y voit à la fois l'attachement de l'administration à la « pathologisation » de l'hôpital, ses mobiles économiques, et les difficultés qu'elle pose : vu les tensions avec les autres nominateurs aux places dans les hospices – en particulier le ministère de l'Intérieur – que l'arrêté spolie objectivement de leurs droits¹⁴⁵³, le CGH est contraint d'user de subterfuges règlementaires en ne qualifiant pas ses entrées d'admission nouvelles au prétexte que les individus transférés sont déjà à la charge de l'institution. Au risque d'envenimer la situation, la mesure fut réitérée et même généralisée un an plus tard à Saint-Louis¹⁴⁵⁴.

Parallèlement, l'effort de recension des incurables présents dans tous les hôpitaux se poursuit, sans que l'on sache exactement comment faire pour les admettre dans des hospices qui sont, comme on l'a dit, déjà remplis. En novembre 1802 et en février 1803¹⁴⁵⁵, la commission administrative se voit mandatée pour dresser des listes d'incurables femmes, puis hommes, et pour examiner l'opportunité d'établir à Saint-Louis, Bicêtre et aux Enfants-Malades des salles pour recevoir les incurables précédemment repérés. Ces efforts étaient concrètement vains si ces derniers ne pouvaient être déplacés vers les hospices faute de place. On chercha donc à déterminer qui, n'ayant pas de domicile dans le département, pouvait être renvoyé aux soins de sa préfecture, si besoin aux frais du CGH. Pour gérer la pénurie avec les restants, la solution proposée était originale : on se refusa à créer des salles pour les enfants incurables aux Enfants-Malades, au motif que cela subvertirait la destination de ce nouvel établissement et le réduirait à n'être qu'un autre orphelinat. La vocation hospitalière devant être préservée, ils furent d'abord dirigés vers les Enfants-Trouvés, puis vers les Incurables¹⁴⁵⁶.

Par contre, on proposait d'évacuer les adultes des grands hôpitaux (notamment l'Hôtel-Dieu)

1453 Le CGH y obvia en partie en demandant aux nominateurs (notamment les bureaux de bienfaisance) de choisir un indigent de leur arrondissement déjà hospitalisé dans un hôpital. cf. arr. CGH 2804 du 14 messidor an XIII (3 juillet 1805), AAP 136 FOSS⁹ F°39.

1454 Arr. CGH 1523 du 26 prairial an XI (15 juin 1803), AAP 136 FOSS⁴ F°574.

1455 Arr. CGH 1147 du 1er frimaire et 1297 du 27 pluviôse an XI (22 novembre 1802 et 16 février 1803), AAP 136 FOSS³ F°555 et 136 FOSS⁴ F°125.

1456 cf. l'arrêté CGH 7186 du 11 janvier 1809, AAP 136 FOSS¹⁸ F°58.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

vers de plus petits comme la Charité, « attendu qu'il est plus facile de les y surveiller et de les en faire sortir qu'à l'hôtel-dieu, où plusieurs causes réunies ont pû et peuvent encore concourir à y prolonger leur séjour. [...] Ces inconvénients qui ont lieu à l'hôtel-dieu ne peuvent exister dans les petits hospices où il suffit d'un coup d'œil pour tout apercevoir, et où tous les mouvements sont plus rapides »¹⁴⁵⁷.

La réalité de ces transferts ne souffre pas de doute. Il est par contre beaucoup plus difficile d'évaluer leur ampleur effective. Ils ne pouvaient concerner, au mieux, que quelques centaines de personnes par an : les seuils d'accueil à Bicêtre et la Salpêtrière ne pouvaient être indéfiniment relevés, et une fois ceci fait, les transferts ne pouvaient se faire qu'à mesure des vacances.

On sait par exemple qu'en 1812, suite à une visite de Duchanoy et du BCA dans les hôpitaux, ce sont encore 134 hommes et 159 femmes qui sont transférés des hôpitaux vers Bicêtre et la Salpêtrière¹⁴⁵⁸, alors même que quelques mois plus tôt le CGH indiquait que bien que cela fût deux ans qu'il fût privé de son droit de nomination aux hospices selon les formes ordinaires faute de place, il était contraint de prononcer des admissions exceptionnelles compte tenu de la situation désespérée de certains indigents¹⁴⁵⁹. Tout ceci pour montrer que la « pathologisation »¹⁴⁶⁰ de l'hôpital ne se fit pas toute seule et était une priorité claire de l'administration.

Priorité qu'elle avait en partage avec le ministère de l'Intérieur. Nous avons exposé le rôle fondamental qu'il avait joué dans la constitution de l'institution et les conceptions qu'il avait

1457 Arr. CGH 1493 du 5 prairial an XI (25 mai 1803), AAP 136 FOSS⁴ F°530.

1458 Arr CGH 12048 du 20 mai 1812, AAP 136 FOSS²⁸ F°95.

1459 Arr CGH 11437 du 8 janvier 1812, AAP 136 FOSS²⁷ F°4-5.

1460 cf. supra section 1.3.2.2.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

de ses fonctions¹⁴⁶¹. Il ne se dédit pas. Alors qu'il était lui-même dans une position plus inconfortable encore que celle du CGH quant aux nominations dans les hospices¹⁴⁶², il écrivit à plusieurs reprises au CGH pour se plaindre du peu de places auxquelles il pouvait faire admettre dans ces derniers. Il en est ainsi dans une lettre du 9 octobre 1812, à laquelle Camet de la Bonardière – membre du Conseil Général des Hospices – répond que si les nominations demandées par le ministère n'ont pas été exécutées, c'est suite aux transferts ordonnés après une visite dans les hôpitaux (probablement celle de Duchanoy et du BCA), le peu de place disponibles ayant ainsi été attribuées, mais que les instructions ministérielles seront mises en œuvre au plus tôt. La justification fut favorablement accueillie, le ministre indiquant en marge du courrier être satisfait des explications données¹⁴⁶³.

Il restait cependant que l'administration n'était pas entièrement libre des admissions dans les hospices. Elle s'exposait donc, en y envoyant régulièrement des personnes préalablement admises dans les hôpitaux, à se voir justement reprocher d'aliéner les droits des autres nominateurs (et surtout ceux des bureaux de bienfaisance et du ministère de l'intérieur). C'est probablement pour éviter des reproches fondés en droit qu'elle décida en 1818 de formaliser un mécanisme original (quoi qu'il reprît dans les faits une pratique qui semble légèrement antérieure et inspirée d'une partie des fonctions des chambres de convalescents¹⁴⁶⁴) conciliant à la fois la volonté d'extraire des hôpitaux ceux qui n'étaient pas réellement malades et les contraintes d'admissions dans les hospices. Considérant qu'il était « contraire aux règles d'une bonne administration et beaucoup plus onéreux de laisser les malades au-delà de la durée

1461 cf. supra section 1.2.1.

1462 Imbert 1954, p.254 cité supra p.341.

1463 AN F¹⁵ 1920.

1464 Il semble que le transfert des indigents et incurables vers la Pitié date d'au moins 1816, cf. supra p.413 note 1432, et infra section 2.2.1.2.2.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

exigée que de les secourir à domicile ou dans les hospices », le CGH rappelait une fois de plus les règles concernant les admissions d'urgence¹⁴⁶⁵ et que les hôpitaux sont destinés « aux maladies aiguës et curables », les autres ne devant pas donner droit à admission. Cependant si un patient hospitalier était reconnu par un médecin ou chirurgien « hors d'état de travailler pour gagner sa vie » suite à une maladie grave ou une blessure, il devrait être admis dans deux salles (une pour homme, une pour femme) de la Pitié après un examen par le BCA (art. 11). Le régime de ces deux salles devait être « le plus proche possible des hospices », sans la faculté de sortir (art. 12). Renseignements pris par les membres de la commission administrative auprès des bureaux de charité, les grands infirmes et vieillards « hors d'état de se servir d'eux-même » seraient envoyés à Bicêtre ou la Salpêtrière. Ceux jugés capables de trouver des moyens d'existence suffisants dans leur famille ou avec les secours ordinaires seraient renvoyés à domicile et recommandés aux bureaux de charité, avec des secours extraordinaires pouvant s'élever jusqu'à 3 mois et 15F/mois. L'arrêté, exécutoire à partir du 1er janvier suivant, devait s'appliquer d'abord aux patients de la Pitié avant que des incurables et infirmes d'autres hôpitaux y soient envoyés¹⁴⁶⁶.

Ayant toute autorité sur la Pitié, le CGH pouvait y envoyer qui bon lui semblait sans avoir à rendre de comptes à qui que ce soit. En maintenant dans deux salles distinctes les infirmes et incurables il évitait que l'hôpital ne redevienne un hospice¹⁴⁶⁷, et en faisant appliquer aux deux salles en question le régime des hospices il se conformait aux impératifs d'économies qui

1465 En imposant dans l'article 5 et 6 que tout séjour excédant soixante jours soit consigné dans un registre et motivé auprès des agents de surveillance, obligation qui n'a vraisemblablement – et sans surprise – pas été suivie d'effet.

1466 Arr. CGH 25543 du 23 décembre 1818, AAP 136 FOSS⁵⁴ F°553-563.

1467 Et il s'y tint : le 1 mai 1816 l'évacuation de 130 incurables de Saint-Louis vers la Pitié est annulée, faute de place dans les salles prévue à cet effet, preuve que la chose se faisait, nécessairement avec l'aval si ce n'est les encouragements du CGH, avant l'arrêté de 1818. Un membre du BCA est donc mandaté pour se rendre à Saint-Louis, et un de la quatrième division pour vérifier les renseignements fournis, après quoi la première division prononça directement, le cas échéant, leur admission à Bicêtre et Salpêtrière. Arr. CGH 19049, AAP 136 FOSS⁴² F° 233.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

découlaient du différentiel de prix de journée¹⁴⁶⁸.

S'il est donc très difficile de quantifier exactement le volume de ces flux inter-établissements, ils semblent s'être notablement accélérés après 1814-1815 : l'afflux de militaires auxquels il fallut faire durablement de la place dans les établissements de soin, a forcé la sortie des moins malades. Après la bataille de Leipzig, Napoléon rentre en France avec ce qu'il reste de la grande armée. Les militaires blessés commencent alors à remplir les hôpitaux, et le Val-de-Grâce, hôpital militaire depuis 1794, ne pouvant plus faire face, dévie une partie des entrées vers l'Hôtel-Dieu. Du 7 au 14 janvier 1814 se sont 321 militaires qui y sont ainsi reçus. Les malades civils sont reportés sur les autres hôpitaux, mais le CGH sait qu'il « est indispensable maintenant, de reporter sur Bicêtre et la Salpêtrière les incurables et les infirmes qui sont dans nos hôpitaux ». Forçant le mouvement, il parvient ainsi à libérer 383 lits pour le service des militaires à la Pitié, l'Hôtel-Dieu et Saint-Louis essentiellement¹⁴⁶⁹. La mesure étant évidemment réitérée de nombreuses fois jusqu'en 1815 pour accueillir militaires français et alliés¹⁴⁷⁰.

Pour autant qu'elles aient été, fréquemment ou non, faites à la hâte ou purement et simplement éludées, les visites des hôpitaux imposées aux membres du BCA et les dispositions de transferts produisirent des effets : en 1819, ce sont 2 855 malades résidant depuis plus de deux mois dans un hôpital qui furent reconnus guéries ou incurables et

1468 Sur ce point et les motivations économiques qu'il implique, voir supra p.2.1.3.2.

1469 Arr. CGH 14558 du 19 janvier 1814, AAP 136 FOSS³³ F°68-69.

1470 Une des dernières traces que nous en ayons est l'arr. CGH 17886 du 4 octobre 1815, AAP 136 FOSS⁴⁰ transférant à Bicêtre et la Salpêtrière 15 malades incurables de Beaujon, pour accueillir des militaires anglais.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

subséquemment sortis des hôpitaux suite aux visites du BCA – parmi lesquels 273 personnes sont transférées vers la Pitié¹⁴⁷¹, 1 395 en 1820 – dont 430 transferts vers la Pitié¹⁴⁷² – et 1 483 l'année suivante¹⁴⁷³, les lits disponibles à cette fin à la Pitié – environ 150 – semblent remplis en permanence¹⁴⁷⁴. Le rythme semble être resté sensiblement identique pour les années suivantes : entre 1 200 et 1 600 sorties prononcées, dont plusieurs centaines vers la Pitié, et autour de 500 admissions par an à Bicêtre ou la Salpêtrière. Ceci dut incontestablement contribuer à faire des hôpitaux des lieux pour les malades et participer de la chute durable de la durée moyenne de séjour constatée pour la période¹⁴⁷⁵.

Le nombre de très longs séjours semble lui aussi baisser : en 1820, ce sont 217 malades qui se trouvent dans les hôpitaux généraux et de quartiers depuis plus de 3 mois et 11 seulement depuis plus d'un an. Les hôpitaux spéciaux concentrent la plupart des longs et très longs séjours : 565 personnes dont environ 300 entre trois et six mois et 85 depuis plus d'un an. Cela semble effectivement dû aux pathologies qu'ils prennent en charge, la plupart des cas étant concentrés à Saint-Louis et aux Enfants-Malades (respectivement 217 et 188 séjours de plus de trois mois). À Saint-Louis parce que les maladies dermatoses sont des maladies chroniques et que l'on se plaint qu'il n'y ait pas assez de place à Bicêtre et la Salpêtrière pour faire admettre ceux qui sont reconnus incurables, tandis qu'aux Enfants-Malades c'est le traitement des teigneux et scrofuleux qui concentre la majorité des pensionnaires de plus de trois mois¹⁴⁷⁶.

1471 1^{er} décembre 1819, AAP 136 FOSS⁶¹ F°244.

1472 AAP bibliothèque finance 15U, compte moral pour 1820.

1473 AAP bibliothèque finance 15U, comptes moraux pour 1819, 1820 et 1821.

1474 cf. rapport au CGH du 3 janvier 1821, AAP 136 FOSS⁶⁸ F°343 dans lequel l'agent de surveillance de la Pitié expose que l'attention à ne faire admettre aux hospices que les septuagénaires alors qu'on admet tous les non-malades des hôpitaux dans les salles dédiées de la Pitié entraîne un engorgement de ces dernières, que l'on ne peut évacuer. Il propose que les médecins du BCA les examinent et demandent l'admission aux hospices de ceux pour lesquels elle ne peut être retardée, à cause de la gravité de leurs infirmités.

1475 cf. infra section 2.3.1.2p.470.

1476 cf. AAP bibliothèque finances 15U, compte moral pour 1820.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

Ceci étant, il n'est pas question de prendre ces transferts pour une solution absolue et définitive aux problèmes qu'ils devaient résoudre. Ils dénotent un effort soutenu et constant pour faire respecter la dichotomie hôpitaux/hospice et la typologie des malades, pas la fin de la présence des indigents incurables, plus pauvres que malades, dans les établissements de soin¹⁴⁷⁷.

Un effort qui est également patent dans la gestion des pensions représentatives, que nous avons précédemment abordées¹⁴⁷⁸. En septembre 1820, le CGH décide d'abroger la pension représentative et les congés pour les indigents transférés d'hôpitaux vers les hospices de Bicêtre et la Salpêtrière¹⁴⁷⁹. *Prima facie*, le choix est critiquable : c'était perdre autant de sources d'économies. Les motifs apparaissent dans les considérants de l'arrêté. La logique est claire : ces transferts ne sont faits qu'après que les bureaux de charité aient constaté que les indigents n'ont ni ressource ni asile, et que cet état d'isolement, d'incurabilité et d'indigence commande leur transfert. Cette « absence de toute relation sociale » ne permet pas de demander de pension représentative ou de congés, car il faudrait alors qu'ils justifient de parents prêts à les accueillir, et qu'il ne peut être question d'exception sans rupture d'égalité. Jusqu'ici la démarche est compréhensible, mais on ne voit pas exactement en quoi la situation des indigents transférés des hôpitaux est distincte de ceux qui sont admis directement dans les hospices après inscription sur les listes d'indigence, lesquels ont droit, eux, de requérir une pension représentative. L'explication vient du dernier considérant : ces mesures sont de nature à dissuader des indigents à se mettre volontairement dans une situation d'isolement pour obliger l'administration à les admettre dans les hospices. Le CGH préférerait renoncer à une

1477 En 1828 par exemple, un aveugle est transféré vers un hospice de vieillesse après un séjour à Cochin de 1771 jours (soit près de 5 ans) pour cécité, et deux de Saint-Louis de près de deux ans pour paralysie (autrement dit des pathologies qui n'avaient de particulier aux établissements dans lesquels ils se trouvaient).

1478 cf. section supra section 1.3.1.5.1.

1479 Arr. CGH 30926 du 27 septembre 1820, envoyé au ministre suite aux réclamations d'une pensionnaire, AN F¹⁵ 1930.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

source d'économie possible pour affirmer une autre priorité : éviter le mélange des populations indigentes et malades dans ses hôpitaux.

2.2.1.2.2 Convalescents

Il est intéressant d'examiner ces mesures à la lumière de ce que fit l'administration des salles de convalescence. On peut les concevoir comme une tentative précoce et inaboutie de répéter à l'échelle intra-hospitalière les mouvements inter-hospitaliers décrits plus haut : isoler dans un espace défini des individus qui n'auront bientôt plus rien à faire dans les hôpitaux. Jacques Tenon avait déjà clairement exposé les avantages de tenir les convalescents dans des lieux séparés :

« Les salles de convalescens & de convalescentes, sont indispensables, sur-tout dans un grand Hôpital. En séparant les convalescens des malades, on voit mieux, lors du service, à qui doivent se rapporter les soins les plus essentiels ; les malades s'attirent donc la principale attention, ce qui est juste ; les Médecins ne risquent pas d'en oublier dans leurs visites ; les médicamens, les vivres sont rendus plus sûrement à ceux auxquels ils sont destinés ; les convalescens n'ont plus à redouter les mauvais effets de l'air des lits, des salles, des malades »¹⁴⁸⁰

Des raisons thérapeutiques donc, que Tissot avait déjà avancées avant lui¹⁴⁸¹, et qui étaient partagées par nombre de ses contemporains. Dans le compte moral rendu par la commission administrative en l'an IX (année de la prise de fonction du CGH), elle suggérait en bonne place – en cinquième position de sept améliorations possibles – la généralisation des salles de convalescents¹⁴⁸². Le CGH fit son possible pour maintenir les dispositions prescrites par les médecins en la matière dans les hôpitaux où elles existaient (comme à Necker) et à les faire advenir là où elles manquaient. L'art. 50 du règlement du service de santé du 4 ventôse an X prévoyait « des salles séparées pour les maladies susceptibles de se propager par

1480 Tenon 1788, p.289.

1481 Emch-Deriaz 1987, p.158.

1482 Commission Administrative n.d., p.29.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

communication et pour les convalescents. », ces derniers étant déplacés dans les salles correspondantes (où la durée de leur présence ne peut excéder dix jours) sur désignation des officiers de santé (art.71)¹⁴⁸³. Camus rapporte que de telles salles existent à Beaujon, ont été créées à la Charité dans deux pièces libérées par l'évacuation des enfants de moins de 15 ans¹⁴⁸⁴, et regrette leur absence à Saint-Antoine¹⁴⁸⁵. Un arrêté fut cependant pris dès avril 1802 qui prescrivait le maintien dans l'hôpital de 24 lits à cette fin, et en 1814 Saint-Antoine disposait d'un bâtiment pour les convalescents, la Salpêtrière ayant quant à elle été dotée d'un dortoir de 44 lits pour les aliénées convalescentes¹⁴⁸⁶. L'effort était général, l'arrêté susmentionné d'avril 1802 portant également règlement particulier pour l'hôpital Cochin prévoyait qu'il y serait maintenu 15 lits de convalescence¹⁴⁸⁷. Un an plus tard, l'administration, satisfaite des mesures prises, continuait sur sa lancée. Constatant que « L'hôpital Saint-Louis manque de salles de convalescents, cependant ce moyen de faire évacuer les hôpitaux a été mis en usage dans plusieurs maisons hospitalières et a très bien réussi. », elle décide de payer les travaux nécessaires, pour 2 000F¹⁴⁸⁸.

L'administration se lance donc dans la réattribution de certaines ressources hospitalières et dans des aménagements de locaux parfois coûteux, dans presque tous les hôpitaux où cela est nécessaire, pour voir se réaliser une mesure que les médecins et chirurgiens voyaient comme de nature à majorer les effets de la thérapeutique, et comme moyen prophylactique. Médecins et chirurgiens qui ne cesseront, d'ailleurs, d'appeler de leur vœux la création, le maintien ou l'extension de ces salles, suivant les situations¹⁴⁸⁹. Mais avec ce dernier arrêté, on touche du

1483 cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris n.d., reproduit en annexe VI.

1484 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.53,42.

1485 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.46.

1486 Pastoret 1816, p.39,183.

1487 Arr. CGH 634 du 24 germinal an X (14 avril 1802), 136 FOSS² F°346-347.

1488 Arr. CGH 1615 du 15 thermidor an XI (3 août 1803), AAP 136 FOSS⁵ F°107-108.

1489 cf. par exemple Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, p.18, « l'établissement des salles de convalescens a été reconnu avoir des avantages » par la conférence des médecins de prairial an XI (juin 1803) (Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.195), et J.E. Nicaise et U. Trélat, bien plus tard et parmi bien d'autres, feront

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

doigt une partie des raisons pour lesquelles leurs souhaits furent soutenus et financés : la salle de convalescence est tout près de la sortie ...

D'abord, une fois les malades désignés par les médecins comme en bonne voie de guérison, ils ne devaient en théorie rester dans les salles qui leur étaient réservées que 10 jours tout au plus, pour éviter les « convalescens de commisération »¹⁴⁹⁰. Comme on pouvait s'y attendre, les médecins et chirurgiens se plaignirent de l'arbitraire de la réglementation, exposant qu'un fiévreux et un amputé n'avaient pas le même temps de récupération. L'administration, sans pour autant changer le cadre formel, semble avoir entendu l'argument et avoir laissé l'appréciation des durées aux médecins et agents de surveillance, sur place¹⁴⁹¹.

Autre disposition particulière aux convalescents, la liberté qui leur était laissée de sortir des établissements dans les trois derniers jours de leur résidence à l'hôpital (art. 121 du règlement du service de santé de 1802, abrogé dans de celui de 1830¹⁴⁹²). Camus en expose les motifs, qui illustrent bien les objectifs économiques de la médecine hospitalière¹⁴⁹³ : cette permission leur est accordée « afin qu'ils puissent se procurer de l'ouvrage et pourvoir à leur subsistance après leur sortie définitive »¹⁴⁹⁴. Cette mesure a un précédent en l'hospice des Convalescents, succursale de la Charité fondé en 1631 rue du Bac, « réservé aux compagnons et ouvriers de métier qui y restaient pendant huit jours, libres toute la journée d'aller chercher du travail. »¹⁴⁹⁵.

des recommandations dans ce sens (Nicaise 1877, pp.13 & sq.).

1490 Tenon 1788, p.xxxiv.

1491 Compte-rendu de la conférence des médecins de prairial an XI susmentionnée, Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.193.

1492 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris n.d. ; Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830.

1493 cf. supra section 2.1.2.2.

1494 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.33.

1495 Mauger 1905, p.105. Imbert, lui, donne 1652 comme date de fondation cf. Imbert 1993, p.82. Un projet d'hôpital de convalescent fut discuté en 1824 puis en 1838 (Husson 1862, pp.158 & sq.), refusé à chaque fois par le CGH pour les mêmes motifs qui s'étaient exprimés lors de la conférence des médecins de prairial an XI : « On a paru peu porté pour l'établissement d'une maison spéciale de convalescens. Il est bon que le convalescent continue à recevoir les soins de celui qui a travaillé à sa guérison ; il est difficile de faire d'une

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

Mais surtout, l'administration concevait les salles de convalescents comme étant, *aussi*, un moyen de faciliter les visites de contrôle faites par les médecins et chirurgiens du bureau d'admission, d'abord annuellement, puis trimestriellement¹⁴⁹⁶. Les agents de surveillance devaient tenir des registres, mais il était encore plus simple et efficace de concentrer les malades les plus susceptibles de représenter un abus de séjour dans un seul et même lieu. Il n'y a pas de doute que l'administration avait bien à l'esprit les liens possibles entre BCA, contrôle *ex-ante*, *ex-post*, convalescence et lutte contre les abus quand elle entreprit la constitution du bureau central et soutint le développement des salles de convalescence. La logique qui les sous-tendait, si elle peut-être perdue pour nous, était claire pour ceux qui la résumait en 1807 : « [Après la classification des établissements, le Conseil a diminué les dépenses en établissant un bureau central d'admission] pour ne recevoir dans les hôpitaux que les indigens vraiment malades ; des salles de convalescens, afin de pouvoir renvoyer plus facilement ceux qui sont guéris »¹⁴⁹⁷.

D'après Husson, ces mesures ne reçurent jamais d'exécution pleine et entière et les salles de convalescence « ont fini par disparaître de nos établissements »¹⁴⁹⁸. Il attribue ce fait à deux causes principales. Premièrement le déficit chronique de lits (plus que les « désordres qu'avait amenés l'augmentation incessante du nombre de convalescents ») qui entraîna l'occupation des lits de convalescents par des malades. Deuxièmement la fin des « services particuliers »

maison de convalescens une maison de travail : et si le travail en est exclu, c'est un asyle pour la paresse. » Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.195. Le premier hôpital de convalescent de la période fut ouvert en 1830 à Saint-Cloud (et fermé quelques années plus tard), à la demande du Préfet Oudinot, pour les blessés par balle des journées de juillet. cf. arr. CGH 54848 du 1er septembre 1830, AAP 136 FOSS¹¹² F°500.

Dupuytren en prit la tête, et y trouva la matière de son *Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre*, Dupuytren 1834.

1496 cf. supra pp.406 & sq.

1497 AAP 1M1, compte général pour les années An XI-1807, note préliminaire.

1498 Husson 1862, p.153.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

aux convalescents qui, « n'obtenant qu'une alimentation trop peu abondante dans les allocations réglementaires qui ne différaient en rien de celles des malades, réclamaient eux-mêmes leur sortie, pour peu qu'ils espérassent trouver des ressources en dehors de l'hôpital » alors que les faux convalescents préféraient encore cela à la nécessité de travailler au dehors¹⁴⁹⁹.

On peut s'arrêter à l'argument de la nécessité : il y avait trop peu de lits pour en consacrer une fraction aux convalescents. On peut aussi reconsidérer cette disparition au prisme de ce qu'était dans l'esprit des administrateurs la fonction – exprimée ci-dessus – des salles de convalescents : non pas un moyen de guérir plus vite, mais bien plutôt un moyen de diminuer les dépenses en renvoyant plus facilement ceux qui étaient guéris. Ils tentèrent d'appliquer *une partie* des recommandations de Tenon : la création de salles particulières, mais pas l'amélioration de régime alimentaire. Du point de vue du CGH la première assurait un meilleur contrôle des durées de séjour, la seconde qu'une augmentation des dépenses. Et si les convalescents, par la seule omission de la seconde sortaient eux-mêmes plus vite des hôpitaux, quel était l'intérêt à appliquer la première ? Les faux convalescents feraient aussi bien les faux malades et l'on avait d'autres moyens (par les visites régulières, etc) de lutter contre ces abus.

En conclusion, il semble clair que les divers mécanismes par lesquels l'administration tenta de faire le tri entre les malades devant être pris en charge par les hôpitaux et le reste des personnes nécessitant assistance eurent, au moins dans l'immédiat, un impact variable mais non négligeable, et traduisent en tout état de cause un volontarisme réel. Surtout, sa création

1499 Husson 1862, p.153,155.

2.2.1 Des moyens médico-administratifs ...

la plus pérenne, le Bureau Central d'Admission, avait bien été conçue comme une « réorganisation administrative », le triage traduisant effectivement un « projet administratif » comme l'écrivirent respectivement F. Démier et D. Weiner. Sa finalité première était le renforcement de la typologie des établissements et des malades par une sélection *a priori* et des contrôles *a posteriori*, et ensuite seulement la coordination des différents modes de soin sanitaire et social de la population parisienne. Cet instrument médico-administratif, repris et défendu par les médecins comme le moyen efficace de maintenir la dichotomie hôpitaux/hospices et un certain degré de différenciation dans les prises en charge, illustre bien les convergences entre personnels médicaux et administratifs dans la définition même de ce que devait être l'hôpital et ses patients.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

C'est probablement sur cet aspect-ci que les convergences entre réquisits cliniques et finalités administratives sont les plus massives et les plus étudiées, aussi on ne reviendra pas sur la question dans le détail de toutes les situations, spécialité par spécialité et établissement par établissement.

Si par les articles 13 et 14 de l'arrêté du 6 frimaire an X le Conseil Général des Hospices créait cinq hôpitaux « spéciaux »¹⁵⁰⁰, l'apparition de spécialités médicales est naturellement un phénomène d'abord académique (i.e. la reconnaissance d'une spécialité comme domaine particulier du savoir médical, sanctionné par les instances académiques et/ou professionnelles garantes de l'ensemble de ce dernier via la création de chaires, commission, etc.) même s'il a partie liée avec la dynamique hospitalière. Pas simplement parce que la médecine s'y faisait, mais aussi pour des raisons d'organisation propres aux hôpitaux. La chose est clairement posée par Jacques Poirier qui annonce dès le premier paragraphe de son article sur « La Faculté de médecine face à la montée du spécialisme » que « l'essentiel de la constitution du savoir des spécialités médicales » s'est édifié à Paris à partir de 1802 grâce à l'anatomo-clinique et à des mesures organisationnelles prises par Chaptal, dont les deux « les plus importantes [...] ont été la création du Conseil général des hospices et la promulgation de la loi du 19 ventôse an XI ». Le CGH devant prendre dès 1802 « trois mesures capitales » pour Poirier : le règlement pour le service de santé¹⁵⁰¹ créant Internat et Externat ; l'arrêté du 6

1500 Trois étaient effectivement qualifiés de « spéciaux » (les Vénériens, l'hospice de la couche et Saint-Louis, deux autres y étant « ajoutés » (les Enfants-Malades et la Vaccine). Sur cet arrêté voir supra pp.307 & sq. et Annexe X.

1501 Reproduit en Annexe VI et étudié dans certaines de ses implications dans le chapitre suivant.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

frimaire an X sur l'admission dans les hospices de malades ; et la création du Bureau Central d'Admission¹⁵⁰².

La littérature sur l'apparition et le développement des spécialités médicales est effectivement abondante¹⁵⁰³, et il ne nous appartient pas ici non plus d'en faire une critique synthétique, laquelle a été magistralement réalisée par George Weisz dans *Divide and Conquer, a Comparative History of Medical Specialization*¹⁵⁰⁴. E. Ackerknecht a déjà présenté les noms, les principaux ouvrages, les temps et les lieux dans lesquels opèrent ceux que chacune des spécialités actuellement existantes se sont choisies comme fondateurs en ce début de XIX^e siècle¹⁵⁰⁵ ; et nous avons pris le parti de traiter des hôpitaux de Paris et de leur administration comme d'un ensemble nous dissuadant par là même de reproduire ici une succession de monographies passant en revue les établissements spécialisés. Là encore, la chose a déjà été faite, parfois très bien, par beaucoup d'autres.

La médecine parisienne et ses hôpitaux en ce début de XIX^e siècle ne se voient donc pas seulement crédités du développement de l'anatomo-clinique. Nombre d'auteurs (pas nécessairement les mêmes) leur reconnaissent également un rôle de premier plan dans l'émergence de la spécialisation médicale. Non pas que des opérations thérapeutiques particulières, par des personnes revêtues d'une compétence particulière, ne fussent pas pratiquées antérieurement, établies officiellement dans la capitale, y compris auprès du Roi¹⁵⁰⁶, ou même au sein des hôpitaux parisiens¹⁵⁰⁷. Mais ces « spécialistes » étaient en général

1502 Poirier 1992, pp.209–210.

1503 On pourra se reporter à Premuda 1999 pour une vue d'ensemble rapide, et une bibliographie fournie.

1504 Weisz 2006.

1505 Ackerknecht 1986, pp.207–230. Tout comme Patrice Pinell, plus succinctement mais efficacement dans un très bon article : Pinell 2005, pp.11–13.

1506 Ramsey 2002, p.24.

1507 Sans parler de l'office des accouchées, voir par exemple « l'office des taillés » à l'Hôtel-Dieu dans

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

appelés « experts ». Alors « Où et quand débuta la spécialisation médicale ? À la différence de nombre de questions sur les “origines”, on peut répondre à celle-ci sans heurter de sensibilités historiques. La plupart des historiens s'accordent pour dire qu'une forme moderne de spécialisation médicale identifiable s'est d'abord développée dans le Paris du début du dix-neuvième siècle. »¹⁵⁰⁸, écrit Toby Gelfand. Forme moderne qu'il dissocie (pp.518-520) des anciennes formes de pratique médicale différenciées (« older forms of separated medical practice ») caractéristiques de la division tripartite médecine/chirurgie/apothicairerie par :

1. L'existence d'une base commune ou partagée entre les diverses spécialités.
2. La substitution d'une division du travail (nommée pratique en médecine) et du savoir technique à un classement hiérarchique de la connaissance et de la pratique¹⁵⁰⁹.
3. L'implication de divisions ultérieures ou la formation de sous-spécialités.
4. Le libre-choix, et donc un statut supérieur à la maîtrise du simple savoir général (« general knowledge »), i.e. l'inverse de la relation antérieure conférant un rang inférieur au chirurgien parce qu'il ne possédait pas la connaissance universelle du docteur en médecine.
5. La non-exclusivité à tout autre champ médical : un spécialiste n'est pas confiné à un champ donné de la pratique.

Fosseyeux 1912, pp.295–299.

1508 Gelfand 1976, p.511 La chose est toujours tenue pour vraie par Weisz 2006, p.xxii trente ans plus tard :

« Paris fut la première ville à développer des spécialités à une échelle significative » (« Paris was the first city to develop specialties on a significant scale. »)

1509 « specialization substitutes a division of technical knowledge and of labor (practice in medicine) for an hierarchical ordering of knowledge and practice. » Et T. Gelfand précise bien en note que « This kind of technical knowledge or “know-how” is conveyed by the French term *savoir* (sic), whereas the theoretical knowledge in point #1 corresponds to *connaissance*. »

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

Olivier Faure a très bien vu qu'historiquement, « la spécialisation médicale n'est bien sûr pas née mécaniquement d'une accumulation factuelle de connaissances [...]. Contrairement à ce qu'affirmait [George Rosen], elle n'est pas non plus née d'une “conception de la maladie qui permet d'appliquer les connaissances de façon très poussée à certaines zones critiques bien circonscrites”, mais bien un processus d'origine essentiellement sociale et institutionnelle. »¹⁵¹⁰, processus dans lequel les hôpitaux jouèrent un rôle non négligeable.

Trois points semblent concentrer l'attention des historiens de la médecine quant au processus de spécialisation : l'importance des dimensions socioprofessionnelles, les changements qualitatifs des savoirs médicaux et le statut antécédent ou conséquent de leur expansion quantitative, les aspects institutionnels et en particulier hospitaliers.

George Rosen¹⁵¹¹ et George Weisz¹⁵¹² – pour ne prendre que les deux extrêmes chronologiques dans les périodes étudiées et les dates de publication – ont déjà établi le poids des déterminants professionnels dans la résistance à la spécialisation à la fin de l'Ancien Régime et au début du XIX^e siècle, et dans sa promotion dans le dernier tiers du XIX^e siècle.

De même, depuis les travaux séminaux de Rosen, il est communément admis que la spécialisation médicale ne peut être une simple conséquence nécessaire de l'accroissement du savoir médical. « Si cela est incontestablement vrai en un sens, un tel développement aurait pu difficilement avoir lieu si les médecins ne s'étaient habitués à l'idée d'entités pathologiques distinctes correspondantes à des lésions organiques localisées connectées à certains tableaux

1510 Faure 1994, p.95. Olivier Faure fait ici un mauvais procès à George Rosen. Nous le verrons dans les pages qui suivent : Rosen a reconnu l'importance des facteurs sociaux dans la spécialisation médicale, c'est même le sujet de deux chapitres de sa thèse sur le sujet (Rosen 1944, chap.IV & V).

1511 Rosen 1942& Rosen 1944, chap.V, le second étant une reprise du premier.

1512 Weisz 1994.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

cliniques. »¹⁵¹³ Autrement dit, et c'est le premier des deux volets de la thèse de Rosen, c'est l'intérêt anatomo-clinique pour des organes ou des systèmes d'organes qui explique en premier lieu le développement de connaissances spécialisées (sur ces organes ou systèmes), devenues ultérieurement trop complexes pour être toutes pleinement maîtrisées par une seule et même personne, entraînant l'apparition de spécialistes et de spécialités. La relation de causalité était inversée. Le deuxième volet de son argument vise à relier le processus de spécialisation à l'œuvre dans les disciplines médicales à celui, plus général, de l'urbanisation et de la division du travail qui se déroule dans le dernier tiers du XVIII^e et tout le XIX^e siècle¹⁵¹⁴. C'est dans cette deuxième perspective que les hôpitaux jouent un rôle, quoique marginal, dans l'apparition de spécialités médicales : il concentre les malades déjà rassemblés par la vie urbaine. À Paris peut-être un peu plus qu'ailleurs : « de la même façon, le Paris du XIX^e siècle fournit des conditions favorables pour l'étude des maladies spéciales. Aux yeux d'un observateur américain, Paris possédait l'avantage "que les *sujets*, à cause de règlements gouvernementaux étranges, de la surpopulation et des accidents et maladies en résultant, étaient plus abondants et meilleur marché qu'ailleurs." La ville détenait probablement les hôpitaux les mieux organisés au monde. »¹⁵¹⁵

George Weisz¹⁵¹⁶ a publié en 2006 l'étude la plus complète à ce jour et à notre connaissance sur le problème de la spécialisation médicale. S'il dit s'inspirer en droite ligne de Rosen (p.xii) sa perspective change quelque peu. Pour lui, « la question la plus intéressante dans la

1513 Rosen 1944, p.16 : « While this is undoubtedly true in a sense, such a development would hardly have taken place had not physicians accustomed themselves to the idea of distinct disease entities consisting of localized organic lesions connected with certain clinical pictures. »

1514 Rosen 1944, chap.IV.

1515 Rosen 1944, pp.43–44 : « Nineteenth century Paris likewise provided favorable conditions for the study of special diseases. As one American observer saw it, Paris possessed the advantage "that *subjects*, owing to peculiar regulations of government, an overgrown population and accidents, and diseases resulting therefrom, were more abundant and cheaper than elsewhere." The city contained probably the best organized hospitals in the world. »

1516 Weisz 2006.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

spécialisation n'est pas pourquoi elle advint – trop de raisons peuvent être avancées pour en rendre compte. Si la spécialisation n'était pas inévitable, elle était sans nul doute extraordinairement surdéterminée. Il est beaucoup plus intéressant et fertile d'examiner comment la spécialisation a été intégrée dans les réseaux existants d'institutions médicales nationales. »¹⁵¹⁷ Il distingue alors à l'échelle européenne une période d'apparition (allant de 1800 à 1890) et une période d'institutionnalisation (de 1890 à 1950). Et s'il s'accorde avec Rosen et E. Ackerknecht pour dire que c'est une transformation fondamentale des perspectives intellectuelles qui sous-tend l'émergence des spécialités durant la première de ces périodes, il se distingue d'eux en ne l'attribuant pas en premier lieu à l'anatomie pathologique et en second lieu au développement de technologies et d'instrumentations.

Au contraire, pour lui, une des préconditions était l'unification de la médecine et de la chirurgie – à la fois comme catégories de la pratique médicale et dans les institutions d'enseignement et de recherche¹⁵¹⁸ – ainsi que la « Grande Transition »¹⁵¹⁹ qui dura de 1775 à 1830, et qui produisit des scientifiques professionnels et des communautés disciplinaires dans toutes les sciences, y compris en médecine où « un impératif de plus en plus pressant à poursuivre des recherches cliniques de types variés encouragea une spécialisation qui permit l'observation rigoureuse d'un nombre important de cas qui était devenu un réquisit de toute

1517 Weisz 2006, p.xiv : « The most interesting question about specialization is not why it succeeded – because there were in fact so many reasons for that success. If specialization was not inevitable, it was certainly overdetermined to an extraordinary degree. It is far more interesting and fruitful to focus on how specialization was integrated into existing networks of national medical institutions. »

1518 Pour lui, c'est seulement en concevant la médecine comme un domaine unifié que les divisions en sous-champs prenaient tout leur sens. L'argument est effectivement très convaincant, on le rapprochera du point n°1 de la définition de la spécialisation par Gelfand susmentionnée : ils sont identiques, mais Weisz cite cet article de Gelfand uniquement sur les aspects plus généraux de la spécialisation médicale comme partie de la division du travail.

1519 Le terme et la périodisation s'appliquent plus nettement à la Prusse et aux États germanophones qu'à la France, laquelle vit un phénomène similaire, mais plus graduel, démarrant au XVIII^e siècle et s'accéléralant après la Révolution, cependant dépourvu d'une innovation institutionnelle identique à l'essor de l'université de recherche allemande – bien que l'on puisse pour la médecine en trouver une sorte d'équivalent dans le « réseau d'institutions interconnectées » que formaient « la faculté de médecine, la Sorbonne, le Collège de France, le Muséum d'histoire naturelle et les hôpitaux. » cf. Weisz 2003, pp.547–549.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

science médicale sérieuse »¹⁵²⁰. Enfin, il avance que

« la spécialisation était étroitement liée aux notions émergentes de rationalité administrative dans l'État-nation du dix-neuvième siècle. Il était communément admis que l'on pouvait mieux gérer d'importantes populations à travers une classification adéquate, regroupant ensemble des individus appartenant à la même classe et séparant ceux appartenant à différentes catégories. Les institutions qui en résultèrent permirent à la médecine spécialisée d'émerger. Toutes ces conditions apparurent en premier dans le Paris du début du dix-neuvième siècle. Unité professionnelle, engagement académique envers la recherche, et enthousiasme administratif pour la classification et la division étaient donc entremêlés : en fait, ils peuvent tous être vus comme partie prenante du développement d'un État-Nation en quête de stratégies pratiques et de savoirs nouveaux pour remplir au mieux ses obligations croissantes. Ce lien va au-delà des évidents efforts de l'État pour créer des institutions capables de produire des connaissances utiles. Une symbiose plus profonde était à l'œuvre : les personnels administratifs étatiques et les producteurs de savoirs poursuivaient des stratégies similaires pour prendre le contrôle de vastes et chaotiques domaines. Chaque groupe morcelait de plus en plus sa sphère respective en des catégories plus petites, plus maîtrisables, dans laquelle il pourrait imposer un ordre et un certain degré de standardisation et d'uniformité. La division permettait toutes sortes de conquêtes. »¹⁵²¹

Les arguments ici avancés par Weisz sont au cœur même de l'ensemble de notre présent travail. Encore une fois, la question de la spécialisation médicale dépasse très largement les aspects strictement hospitaliers (elle touche à la création de chaires académiques, de sociétés scientifiques diverses, d'action des pouvoirs centraux ou locaux, des logiques strictement

1520 Weisz 2006, p.xix « An emerging imperative to pursue clinical research of various sorts encouraged specialization that allowed for the rigorous empirical observation of many cases that had become a requirement of all serious medical science. » Sur l'observation clinique et ses instruments médico-administratifs, voir infra sections 3.1.1 et 3.2.1.

1521 Weisz 2006, p.xix-xx « specialization was closely linked with emerging notions of administrative rationality in the nineteenth-century nation-state. One could, it was largely thought, best manage large populations through proper classification, gathering together individuals belonging to the same class and separating those belonging to different categories. The institutions that resulted allowed specialists medicine to emerge. All of these conditions emerged first in early nineteenth-century Paris.

Professional unity, scholarly commitments to research, and administrative enthusiasm for classification and division were thus intertwined: in fact, they can all be seen as part of the development of the nation-state in search of practical strategies and new knowledge to better fulfill its expanding commitments. This link goes beyond the obvious efforts of the state to create institutions capable of producing useful knowledge. A deeper-level symbiosis was at work: both state administrators and knowledge producers were pursuing similar strategies to gain control over vast and chaotic domains. Each group was increasingly carving up its respective sphere into smaller, more manageable categories within which it could impose order and some degree of standardization and uniformity. Division permitted conquest of many different sorts. »

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

professionnelles, etc.), les déterminants que G. Weisz examine dans les deux pages précédentes n'ont rien de strictement hospitaliers, et il les applique par la suite plus particulièrement aux institutions proprement scientifiques telles que le Muséum ou la faculté et ses chaires. La place de l'hôpital apparaît à l'examen du détail des deux derniers points de la démonstration de Weisz, qui en compte cinq.

Après avoir présenté en quoi la spécialisation était promue comme moyen d'augmenter des connaissances – quantitativement et qualitativement – ; la façon dont les différentes institutions scientifiques parisiennes et leur taille (notamment la faculté de médecine) formaient un réseau unique de recherche et d'enseignement officiel et officieux ; et comment la volonté d'organiser ces institutions soutenues par l'État selon un modèle de rationalité administrative produisit des divisions en catégories intellectuelles (disciplines universitaires, sections d'académie, etc.)¹⁵²² ; ses deux derniers arguments, dans la continuité directe des précédents, concernent directement notre objet d'étude.

Le pénultième est que la logique administrative rendit possible « l'épanouissement de la recherche dans un réseau d'hôpitaux spécialisés » appartenant au vaste système de gestion municipale établi après la Révolution, et dans lesquels les médecins et chirurgiens jouissaient de postes de prestige. Toujours d'après G. Weisz, une part de ces hôpitaux avaient de lointains antécédents, certains reflétant des préoccupations administratives ou philanthropiques visant à isoler des malades contagieux, immoraux, ou faire face à des épidémies ; ou émergeant pour des raisons pragmatiques (comme Saint-Louis) ou humanitaires (les Vénériens). Mais il relie directement l'accentuation de leur spécialisation à la rationalité administrative susmentionnée à l'œuvre dans la conduite de l'ensemble des affaires scientifiques et étatiques :

¹⁵²² Points 1 à 3, Weisz 2006, pp.11–15.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

« Après la Révolution, le système hospitalier municipal nouvellement institué se caractérisa par la volonté de distinguer et de séparer. Ceci reflétait la même impulsion administrative qui avait conduit à la création de nombreuses écoles spécialisées plutôt que des universités généralistes dans l'éducation supérieure. Presque deux décennies de guerre avaient favorisé la tendance à réguler les populations de toutes sortes en les divisant en entités maîtrisables. Appliquée aux hôpitaux, cette pratique sépara les malades des pauvres, les femmes des hommes, les enfants des adultes, les convalescents des malades et les chroniques des patients aigus et chirurgicaux. Il s'en suivit que les vocations spécialisées des anciens hôpitaux furent confirmées. [...] Le système fut conçu pour répondre aux normes de la rationalité administrative : un bureau central d'admission était censé diriger les patients vers la plus appropriée des nombreuses institutions.

Le raisonnement derrière cette stratégie semblait évident et fut rarement explicité. Les tentatives du dix-huitième siècle pour se débarrasser des pensionnaires turbulents ou pour assurer une décence morale ne disparurent pas. Mais elles furent supplantées par une nouvelle vision administrative et médicale [...]. Une telle spécialisation semble avoir eu pour but premier d'améliorer la qualité des soins aux patients¹⁵²³ ; mais elle pourrait avoir eu un autre effet, celui d'améliorer l'enseignement clinique en assurant que les étudiants voyaient un nombre et une variété suffisant de maladies dans chaque champ spécifique.

La tendance à la segmentation associée à des économies d'échelle rendirent possibles de nouvelles innovations qui auraient été difficiles dans des hôpitaux indépendants. »¹⁵²⁴

1523 Weisz reprend ici les propos (que nous avons coupés) tenus dans le rapport Pastoret 1816, p.7, dont nous avons déjà fait un usage extensif. L'administrateur y compare la situation des établissements tel que les dépeint Tenon et la situation au moment du rapport, indiquant que « Chaque infirmité, chaque besoin, chaque époque de la vie a maintenant, à Paris, des établissements qui lui sont destinés [...] l'âge viril a plusieurs Hôpitaux ordinaires, semblables par l'objet, différents par l'étendue ; les maladies qu'on ne pourroit y traiter sans inconvénients, qui exigent des soins et un régime particuliers, qui doivent être isolées par égard pour ceux qui en sont atteints, et par intérêt pour ceux qui ne le sont pas, ont des Hôpitaux spéciaux ». Nous avons déjà examiné plus haut (supra sections 2.1.2 et 2.1.3), pour notre part, les raisons de la séparation entre hôpitaux et hospices, plus loin les fonctions doubles (infra section 3.3.2) de certaines des améliorations hospitalières. Chacune a sans contredit amélioré la prise en charge des malades : c'était assurément un de leurs objectifs (cf. infra section 2.3.2), mais probablement pas le seul et vraisemblablement pas leur « but premier ».

1524 Weisz 2006, pp.16–17 : « After the Revolution, the newly established municipal hospital system became characterized by the drive to distinguish and separate. This reflected the same administrative impulse that led in higher education to the creation of many specialized vocational schools rather than comprehensive universities. Almost two decades of warfare promoted the tendency to regulate populations of every sort by dividing them into manageable categories. Applied to hospitals, this practice separated the sick from the poor, women from men, children from adults, convalescents from the sick, and chronic from acute and surgical patients. Thus the specialized vocations of older hospitals were confirmed. [...] The system was designed according to norms of administrative rationality: a central admissions bureau was supposed to direct patients (sic) to the most appropriate of many available institutions. The reasoning behind this strategy seemed self-evident and was rarely explained. The eighteenth century concerns to get rid of those creating disorder or to assure moral propriety did not disappear. But they were supplemented by a new administrative and medical vision [...]. Such specialization seems to have aimed primarily to improve the quality of patient care; but it may have also had another effect, that of improving clinical teaching by ensuring that students saw a sufficient number and variety of illnesses in any specific

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

Enfin, le dernier point de G. Weisz met les hôpitaux au centre du processus de spécialisation en reprenant le fait bien connu « qu'il n'y avait pas de distinction nette entre la recherche et la pratique clinique parce que, à l'exception d'une poignée de scientifiques de laboratoire et de spécialistes de santé publique, la recherche avait pour base la pratique clinique, la plupart du temps – quoique non-exclusivement – hospitalière »¹⁵²⁵, sans mentionner une fois de plus le prestige attaché aux postes hospitaliers.

Sous le rapport qui nous occupe, et à la lumière des analyses très convaincantes de G. Weisz, il nous semble que fondamentalement, la spécialisation hospitalière (qui est, nous le répétons, une condition nécessaire mais non suffisante de la spécialisation médicale¹⁵²⁶) n'est qu'un cas particulier de la séparation entre malades et invalides, dont nous avons étudié précédemment en détail les fondements et les moyens. Il nous semble que la seule critique que l'on puisse formuler à l'endroit de *Divide and Conquer*, qui embrasse une période et un nombre d'institutions beaucoup plus vastes que les nôtres, est de se limiter à mentionner les logiques de rationalisation administrative qu'il met pourtant à double titre au cœur de la spécialisation qu'il étudie¹⁵²⁷. Nous n'aurions su mieux que lui exprimer leur poids et leur prégnance dans l'émergence des spécialités médicales, nous espérons en revanche avoir mieux mis en lumière le détail de leur fonctionnement et de leur logique – dans le cadre hospitalier¹⁵²⁸. Mais une fois de plus, si nous l'avons fait dans les sections précédentes, c'est

field.

The tendency toward segmentation together with economies of scale made possible further innovations that would have been difficult in individual hospitals. »

1525 Weisz 2006, p.18 : « there was no sharp distinction between medical research and practice because, except for a handful of laboratory scientists or specialists in public health, research was based in clinical practice, most often though not exclusively in hospitals. »

1526 Et par voie de conséquence de l'amélioration du savoir médical, mais là n'est pas le propos.

1527 Pas une seule fois il ne mentionne l'arrêté du 6 frimaire an X qui formalise la typologie des hôpitaux et établit par ses articles XIII et XIV quatre hôpitaux spéciaux, pour nous limiter au plus frappant.

1528 Que ce soit au niveau inter-hospitaliers comme dans les pages qui précèdent, ou au niveau intra-hospitalier

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

parce qu'il nous apparaît que ce sont très largement les mêmes moyens et les mêmes rationalités qui opèrent dans la constitution de la division hôpitaux/hospices.

Avant de compléter notre propos d'un exemple précis¹⁵²⁹, une clarification paraît s'imposer. Nous ne suggérons en aucun cas ici que les spécialités médicales sont nées de la rationalité administrative des procédures qui visèrent à trier les individus selon leurs maux (pathologiques ou non, pathologies relevant de modes particuliers de prise en charge ou non, etc.). Nous ne suggérons pas que l'administration hospitalière parisienne, reprenant pour partie des pratiques antérieures en en étendant considérablement l'échelle, créant de nouveaux établissements, mettant en place de nouveaux moyens pour trier malades et miséreux, sur la base de modalités bureaucratiques et de fondements économiques et moraux au moins autant que médicaux, aurait forcé le cours de la pensée médicale en l'assujettissant à des bornes qui lui auraient été jusque-là épistémologiquement étrangères. L'administration, fournissant rationnellement à la médecine un matériau d'investigation scientifique, l'aurait contraint à produire un discours rationnel scientifique sur ledit matériau. Nous n'ignorons pas que cela est faux, et reviendrait à prendre la cause nécessaire pour la cause suffisante, à confondre causalité et implication.

D'abord parce que comme nous l'avons déjà écrit, l'émergence de spécialités médicales se joue aussi ailleurs qu'à l'hôpital. Ensuite parce que s'ils relevaient bien plus de la gestion que d'autre chose, la volonté et les leviers de tri développés à la période qui nous occupe n'étaient

dans les pages qui suivent (cf. infra section 4.).

1529 Celui des Enfants-Malades, parce que c'est le dernier à être fondé, et que de ce fait on pourrait penser qu'il correspond le mieux aux attentes des médecins cliniciens du début du XIX^e siècle, parce que l'on connaît les raisons des fondations de Saint-Louis et des Vénériens, largement antérieures et pour le coup nettement moins médicales, et enfin parce que Patrice Pinell en fait le premier exemple de spécialisation hospitalière dans son important article sur la spécialisation médicale.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

toutefois pas dépourvus de problèmes de santé publique (dans la lutte contre la contagion) et de guérison (si ce n'est de thérapeutique) chez les administrateurs, qui arguent eux-même des nécessités de l'art. Certes, ce n'est pas parce que les uns présentent leurs actions avec les atours des autres qu'il faut y voir leurs réelles intentions, mais, *in fine*, il n'est pas possible d'établir *indubitablement* la part des motifs gestionnaires et thérapeutiques parce que, en reprenant K. Carter¹⁵³⁰, en l'absence de théorie microbienne il est naturel d'attribuer aux individus des qualités suscitant des maladies et donc impératif de les classer et séparer : l'objet du tri médical et administratif étant identique (l'individu, sans que l'on puisse déterminer précisément en tant que quoi), les fondements du tri en deviennent plus flous.

Enfin et surtout, comme l'écrit Patrice Pinell,

« Si l'on peut montrer qu'il existe une relation entre les préoccupations sociales conduisant au regroupement d'une catégorie particulière de malades au sein d'un établissement spécial et l'émergence d'un regard clinique intéressé à discriminer les éventuelles spécificités des pathologies propres à ces malades, il reste que cette relation n'est pas mécanique. En effet, on peut dire que la spécialisation hospitalière crée des conditions favorables à la construction d'un savoir clinique spécialisé mais si, et seulement si, l'étude des pathologies peut être convertie en projet intellectuel cohérent du point de vue clinique. Ainsi, la constitution progressive d'une clinique pédiatrique ne tient pas simplement au fait que les médecins de l'Hôpital des enfants-malades y soignent exclusivement des enfants. Elle est le résultat d'une activité scientifique qui, mettant à profit les possibilités offertes par l'hôpital d'enfants (observation d'une grande variété de cas et recours massif aux examens *post-mortem*), s'attache à dégager les spécificités des maladies infantiles. »¹⁵³¹

Ces nécessaires précautions étant posées, il est également incontestable que si la constitution progressive d'une clinique spécialisée (pédiatrique, dermatologique, vénérologique) ne tient pas simplement au fait que les médecins de l'hôpital des Enfants-

1530 Carter 2003.

1531 Pinell 2005, p.13.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

Malades, de Saint-Louis ou des Vénériens y soignent exclusivement certains types de malades (à défaut de certains types de maladies), elle y tient *également*. « L'hospitalisation et les soins aux maladies vénériennes, patients dermatologiques et gériatriques furent un développement significatif dans l'histoire sociale et médicale de Paris au tournant du XIX^e siècle. La politique de triage raisonnée du Conseil des Hospices approfondit la science médicale. »¹⁵³²

La question n'est pas ici d'établir des antériorités, logiques ou chronologiques (ces dernières étant bien connues). Elle est de montrer que là encore, logiques administratives et médicales se sont jointes pour former un système.

Si Patrice Pinell, dans la suite de l'article suscité, passe ensuite en revue l'ensemble des hôpitaux et des spécialités de la place parisienne au XIX^e siècle, il est tout à fait intéressant qu'il commence par l'hôpital des Enfants-Malades pour faire valoir son propos.

2.2.2.1 Orphelins & Enfants-Malades

C'est intéressant d'abord parce que les enfants malades sont *stricto sensu* la seule population pour laquelle le CGH a lui-même créé un établissement particulier. Tous les autres existaient précédemment, même s'ils n'avaient pas de rôle arrêté dans la prise en charge de populations spécifiques au sein d'un réseau coordonné d'institutions¹⁵³³.

1532 Weiner 1993, p.190: « The hospitalization of venereal diseases, dermatologic, and geriatric patients and their care were a significant development in the social and medical history of Paris at the turn of the nineteenth century. The Hospital Council's policy of purposeful triage furthered medical science. »

1533 Sur les rares et partiels antécédents de l'hôpital des Enfants-Malades et son histoire en général, voir Beauvalet-Boutouyrie 2003, pp.488–490 & sq.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

Or, quand il fut créé par l'arrêté du 6 frimaire an X, l'hôpital des Enfants-Malades n'était pas conçu comme un hôpital spécial, destiné à une pathologie particulière, ou un état physique qui, sans être pathologique, requérait une prise en charge médicale selon des modalités différentes (telles qu'elles sont détaillées pour Saint-Louis, les Vénériens, ou la maison d'accouchement). Et on ne peut avancer une forme de malentendu entre médecins et administrateurs, puisque l'autorité ayant décidé de sa création reliait elle-même le caractère spécial d'un établissement hospitalier à une forme de spécialité – ou de particularité – médicale : « Le mot de *spécialité* pourroit tenir à l'âge, au sexe, comme à la nature des infirmités ; mais ce n'est que dans le dernier sens que nous l'entendons. Nous appelons spécial un établissement destiné à un seul genre de maladie. Aussi, avons-nous laissé dans la classe des Hôpitaux ordinaires, malgré la spécialité de l'âge, l'hospice des Enfants où tous les malades sont admis. »¹⁵³⁴

L'hôpital des Enfants-Malades avait été créé par le même arrêté que la maison de la Vaccine. Celle-là avait une finalité claire, relevant d'une mission de « santé publique » (elle avait pour but premier de conserver, par la variolisation de bras à bras, le fluide variolique et son expédition dans les départements pour les campagnes de vaccination)¹⁵³⁵. L'hôpital des Enfants-Malades n'avait d'autre finalité que de prendre en charge les enfants de moins de quinze ans. Il est souvent difficile de faire la distinction entre motifs médicaux et sociaux/moraux, tant les uns peuvent cacher les autres (au XIX^e comme au XX^e siècle). L'hôpital des Enfants-Malades est une quasi-exception à cette règle. Comment expliquer la volonté de créer un *hôpital* (au moment où on s'évertue à les distinguer des hospices) dédié à la prise en charge d'un âge donné ?

¹⁵³⁴ Pastoret 1816, p.66.

¹⁵³⁵ cf. supra pp.155 & sq.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

La morale, surtout. L'économie, ensuite. Les préoccupations grandissantes de l'État quant au sort des plus jeunes, notamment les enfants abandonnés, à partir du dernier tiers du XVIII^e siècle sont connues¹⁵³⁶, tout comme le fait qu'une partie des réponses apportées à la forte mortalité infantile furent médicales (soutien aux cours itinérants de Mme du Coudray et au développement de l'obstétrique en général, etc.)¹⁵³⁷. La multiplicité des motifs se retrouve naturellement dans les deux autres établissements accueillant des enfants : la Maternité et les enfants-trouvés, que nous ne traiterons pas ici¹⁵³⁸. Mais à l'hôpital des Enfants-Malades, pas de clinique pédiatrique officielle comme l'école des sages-femmes de la maison d'Accouchement.

Le poids des aspects moraux est clairement indiqué par Scarlett Beauvalet-Boutouyrie qui écrit que « la bienséance et l'intérêt de la clinique sont les deux raisons principalement avancées pour justifier la création d'établissements séparés »¹⁵³⁹, ce qui est visiblement plus juste qu'elle ne l'entend. Si Jacques Tenon demande le premier des salles séparées pour les enfants de moins de douze ans, ce n'est pas comme elle l'écrit (p.489) pp. 260 & sq. de son *Mémoire sur les hôpitaux* – où ce n'est pas des salles pour les enfants qu'il réclame mais des salles particulières dans les hôpitaux de malades pour les femmes en couches, et surtout pas un établissement spécial qu'elles éviteraient par peur du stigmate d'immoralité attaché à la fille-mère – mais dans son plan de l'hôpital de la Roquette (à créer pour remplacer l'Hôtel-Dieu) et il le justifie « à raison des mœurs, de leur [aux filles] constitution différente, de la disposition de l'enfance à contracter des maladies contagieuses »¹⁵⁴⁰. L'argument premier reste la moralité, c'est le seul qui ait été mobilisé par la Commission administrative quand elle

1536 Ce qui fut souvent appelé à l'époque le « massacre des innocents », cf. entre autres Donzelot 2005 [1977], chap.2 ; Brockliss & Jones 1997, pp.716–717 ; Imbert 1982, p.338, et plus généralement sur la question des relations filiales le grand classique de Philippe Ariès : Ariès 1975 [1960]

1537 Beauvalet-Boutouyrie 1999, chap.3 et 4 ; Faure 1981, pp.137 & sq. ; Sournia 1997, pp.192–193.

1538 Pour la Maternité, voir le travail de référence de Scarlett Beauvalet-Boutouyrie, Beauvalet-Boutouyrie 1999.

1539 Beauvalet-Boutouyrie 2003, p.491.

1540 Tenon 1788, p.382.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

propose pour la première fois au CGH la création de salles voire un établissement séparé pour les enfants¹⁵⁴¹. Et quand Camus expose les raisons pour lesquelles le CGH préféra la deuxième solution, il y adjoint la gestion rationnelle des ressources budgétaires :

« Les motifs qui ont dicté la délibération du Conseil ont été, 1° les avantages moraux et physiques qu'il voyoit à séparer les enfans malades des malades plus âgés ; 2° la facilité de supprimer les infirmeries établies dans les maisons des Enfants de la patrie et des Orphelines du faubourg St. Antoine : ce qui procuroit salubrité pour ces maisons et économie, parce que la suppression de l'infirmerie entraînoit celle de la pharmacie, et celle des traitemens des officiers de santé attachés aux maisons. »¹⁵⁴²

Fondamentalement, pour Tenon le chirurgien-médecin et Camus l'administrateur, la séparation des âges est une séparation des sexualités. D'où la définition d'une période, entre 3 et 12 ans, où les enfants ne peuvent à la fois être confondus avec leurs benjamins asexués, le sexe opposé et leurs aînés nubiles. Point de médecine ici, ou si peu.

Ceci est confirmé par le contenu même de l'arrêté du 29 avril 1802 transformant l'hospice des orphelines, rue de Sèvres, en hôpital des Enfants-Malades. Outre l'interdiction de recevoir des enfants dans les autres hôpitaux à l'exception de Saint-Louis et des Vénériens (art. 4), la suppression des infirmeries dans les hospices d'orphelins existants – les malades devant être transférés plutôt que soignés sur place – (art.8), le transfert des orphelines présentes rue de Sèvres dans un établissement rue du faubourg Saint-Antoine (art. 5), il prévoit une séparation très stricte des sexes avec « des quartiers et des promenoirs séparés pour les garçons et les filles, et [...] les enfans au dessous de six ans ne seront pas mis dans les mêmes chambres que ceux plus âgés », de même que ceux admis des orphelins¹⁵⁴³.

1541 Commission Administrative n.d., p.29.

1542 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.77. Ce n'est qu'ensuite qu'on présentera l'hôpital comme un bienfait pour l'administration et la médecine : Pastoret, dans le second rapport sur les établissements du CGH ajoutera aux considérations morales que « la médecine désiroit aussi pouvoir observer séparément, et les maladies particulières à l'enfance [...] » Pastoret 1816, p.56.

1543 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1818, vol.2.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

Chez les médecins eux-mêmes, les arguments moraux ou sociaux sont intimement liés aux médicaux. Corvisart écrira ainsi que « Cette ligne de démarcation établie entre les maladies de l'enfance et celles de l'âge mûr, est, sans contredit, un avantage, et pour les mœurs, et pour l'avancement de l'art de guérir »¹⁵⁴⁴. Jadelot, médecin de l'hôpital, dans la description topographique qu'il publiera lui aussi de son hôpital, mais deux ans plus tard, soulignera à la fois l'importance de l'établissement dans l'étude des pathologies infantiles et dans la prophylaxie morale :

« il n'existe nulle part une réunion aussi considérable d'enfants malades : on ne peut donc étudier nulle part aussi parfaitement que dans cet hôpital, la nature, la marche, et le traitement des affections nombreuses et graves auxquelles on sait qu'ils succombent souvent : on pourrait annoncer qu'on est déjà parvenu à y recueillir sur divers points, des notions plus exactes et plus certaines que celles qu'on se procure dans les auteurs.

Les enfants, mieux surveillés dans cette maison qu'ils ne pouvaient l'être dans les hôpitaux d'adultes, ne se trouvent point, lorsqu'ils en sortent, corrompus comme ils l'étaient souvent en quittant ces établissements. »¹⁵⁴⁵

Enfin, comme pour marquer encore davantage la relative indifférence à la logique médicale, les administrateurs agrandirent progressivement l'hôpital pour qu'il puisse absorber une plus grande partie de la demande et y intégrer à la fin de la première décennie du XIX^e siècle les enfants malades chroniques¹⁵⁴⁶, en particulier atteints de gale et de teigne,

1544 Corvisart, « Description topographique de l'hôpital des enfants-malades », Journal de Médecine, chirurgie, pharmacie, Paris, 1805, cité par Beauvalet-Boutouyrie 2003, p.491.

1545 Jadelot 1806, p.126, qui conclut son article en comparant la situation des enfants hospitalisés à celle qui était la leur vingt ans avant et en « rendant grâce » aux gouvernements et au CGH. Sans qu'il soit possible d'établir s'il était sincère ou simplement soucieux de flatter les mobiles des autorités de tutelle, il était à tout le moins cohérent : l'année suivante, il réitère une topographie de l'hôpital devant la Société de l'École de Médecine (héritière de la Société Royale de Médecine et prédécesseur de l'Académie de Médecine, cf. Zwiebel-Muller 1978) qu'il conclut sur la qualité de l'établissement et le fait que les enfants qui y sont soignés « sont des ouvriers utiles, ou ils deviennent aisément de forts bons soldats ». Jadelot, Topographie médicale des enfants malades présentée à la Société de l'École de Médecine en Avril 1807.

1546 cf. arr. CGH du 6267 4 mai 1808, AAP 136 FOSS¹⁶ F°7 révoquant l'agrandissement de l'hôpital, pour 160 000F, avec l'accord du ministre de l'Intérieur, en particulier pour rapatrier les filles traitées à Saint-Louis et faire des Enfants-Malades « un hôpital complet, le seul de ce genre qui existe en Europe. »

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

pathologies dont Saint-Louis avait en théorie l'exclusivité. Ainsi, en 1814, près de 35% des lits étaient destinés aux maladies chroniques¹⁵⁴⁷.

Nonobstant les dithyrambes de Jadelot, il est manifeste que tout n'était pas pour le mieux, et S. Beauvalet-Boutouyrie a bien montré que « si, à son ouverture, l'hôpital a pu apparaître comme un modèle, l'enthousiasme retombe bien vite » : la mortalité est très importante (autour de 20%, même si on l'attribue pour partie au fait que nombre d'admis sont déjà mourant, soit que les parents ne veulent pas s'en séparer, soit qu'ils veulent échapper aux frais de sépulture), et il passe dans les années 1820 pour un foyer d'infection, l'encombrement entraînant le mélange des maladies dans les salles, à tel point que son existence même est remise en question¹⁵⁴⁸, alors que les commissions médicales de 1833 à 1839 questionnent elles aussi dans leurs conclusions les bienfaits sanitaires de l'établissement¹⁵⁴⁹.

Il est tout aussi manifeste que depuis sa création, des médecins se sont employés à critiquer la ségrégation des enfants dans un hôpital particulier. En 1814 déjà où « on a voulu quelque fois, dans quelques Hôpitaux, laisser subsister ou renouveler l'ancienne confusion, par des motifs qui tenoient beaucoup plus à des idées médicales qu'au désir de troubler ou de déranger l'ordre établi par les règlements. Le Conseil a toujours comprimé ce penchant »¹⁵⁵⁰, en 1862 toujours où Husson juge nécessaire de condamner ces

« praticiens qui, plus soucieux des convenances particulières de la profession que du bien-être physique et moral des enfants, voudraient, comme autrefois, répartir ces derniers dans les salles avec les autres malades adultes. À ce compte, et si l'on considérait seulement l'avantage résultant pour les chefs du service médical de la variété des

1547 Pastoret 1816, p.60.

1548 Beauvalet-Boutouyrie 2003, pp.493–498.

1549 Husson 1862, pp.128–129.

1550 Pastoret 1816, p.61.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

maladies offertes à leur observation, ne faudrait-il pas supprimer, avec toutes les grandes classifications, les hôpitaux particuliers à certains malades et en revenir à l'ancien mode qui confondait à peu près toutes les maladies, non-seulement dans le même hôpital, mais encore dans les mêmes salles ? » et de menacer : « Si cependant des voix isolées, obéissant à un intérêt scientifique mal entendu, venaient réclamer, comme un avantage, le rétablissement de ce qui a été si énergiquement condamné, l'Administration, puisant de nouveaux arguments dans l'exemple même que l'on prétend emprunter à l'Angleterre, ne pourrait que leur opposer les graves considérations invoquées autrefois par le Conseil général des hospices et l'autorité de ces praticiens illustres dont elle n'a pas encore désappris les excellents préceptes. »¹⁵⁵¹

Et voilà comment l'administrateur devient le gardien de la séparation des maladies et des malades, plus soucieux des intérêts et de l'efficacité de l'art que le médecin lui-même, justifiant médicalement des décisions initialement bien plus teintées de morale et de gestion que de thérapeutique. L'hôpital a mêlé les uns aux autres, et produit son discours.

Force est de constater que si l'on considère que

« Les institutions qui résultèrent [des considérations humanistes et de santé publique visant à aider ou contrôler certaines classes de pauvres et lutter contre la mortalité infantile] fournirent la base pour le développement d'un savoir spécialiste. Le défaut de certaines institutions eut des implications scientifiques. Il a été avancé, par exemple, que la faiblesse de la pédiatrie en Allemagne doit quelque chose au fait qu'il n'y avait pas de mouvement répandu – comme dans d'autres pays – pour établir des hôpitaux pour enfants abandonnés où une connaissance médicale de l'enfance pouvait être cultivée. »¹⁵⁵²

1551 Husson 1862, p.127,130.

1552 Weisz 2006, p.59: « Furthermore, for some specialties, humanitarian and public health considerations rather than academic concerns were paramount. In fields such as psychiatry, orthopedics, and obstetrics, hospital institutions grew out of efforts to help or to control certain classes of needy poor and, in the case of obstetrics, to do something about high infant and maternal mortality rates. The institutions that resulted nonetheless provided the basis for developing specialist knowledge. The lack of certain institutions also had scientific implications. It has been argued, for instance, that the weakness of pediatrics in Germany owes something to the fact that there was no widespread movement—as in other countries—to establish founding hospitals where medical knowledge of children could be cultivated. »

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

et que « L'hôpital des Enfants-Malades devint un important centre de recherche et d'enseignement »¹⁵⁵³, alors la médecine pédiatrique française trouva dans l'administration hospitalière parisienne une de ses meilleures alliées. Elle n'est pas loin de lui avoir suggéré son objet ...

Enfin, il ne faut pas penser que cette séparation ait été imposé, avec plus ou moins de succès, par une administration rigide à des médecins soucieux avant tout de pratiquer leur art, loin des rationalisations et des classements induits par la gestion centralisée des établissements où ils travaillaient. Ce fut certainement le cas, mais certainement pas uniquement : en juillet 1832, c'est le CGH qui doit soutenir son agent de surveillance de la Charité contre une plainte du chirurgien, Roux. La raison de la plainte du chirurgien ? L'administratif avait fait admettre dans l'hôpital un enfant dont le bras était fracturé. Le chirurgien estime qu'au vu des règlements, l'enfant n'a pas à être traité dans son établissement, et doit être envoyé aux Enfants-Malades. Ironiquement, c'est le CGH qui doit alors exposer que les procédures sont susceptibles d'amendements et réprimander l'homme de l'art pour son pointillisme réglementaire en lui indiquant qu'il a eu tort de refuser son aide « à un enfant qui souffrait et que l'humanité lui faisait un devoir de secourir, sauf à s'expliquer plus tard sur la légalité ou l'irrégularité de l'admission. » Les formes en vigueur sont maintenues, mais c'est parfois à l'administration de freiner le zèle des médecins à l'appliquer :

« Quant à la proposition relative aux admissions des enfants dans les hôpitaux d'adultes, le conseil décide que les sages motifs qui ont déterminé à former un hôpital spécial pour les enfans ne permettent de rien changer à cet égard au règlement ; que néanmoins dans les cas d'urgence évidente, les enfans peuvent être admis dans les hôpitaux les

1553 Weiner 1993, p.213: « The Paris Children's Hospital grew into an important research and teaching center » avec la création d'une clinique officieuse dès le départ, mais une reconnaissance académique par une chaire de pédiatrie bien plus tardive, en 1879.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

plus voisins ; que de pareilles exceptions ne sont pas une infraction au règlement, mais un devoir commandé par l'humanité, et qui doit être rempli à la Charité comme dans les autres hôpitaux, sans qu'on ait besoin d'une autorisation explicite, soit générale soit particulière ».¹⁵⁵⁴

Pour conclure sur cet exemple des Enfants-Malades, il semble que l'on peut raisonnablement suggérer que les analyses de Weisz sont absolument pertinentes, même si elles ne se limitent pas, comme nous l'avons déjà écrit, à la seule question de la spécialisation des établissements. Le renforcement prononcé de la spécialisation de certains hôpitaux parisiens, qui jouera un rôle important dans le développement des spécialités médicales, appartient pleinement au processus de classification des populations et des pathologies, de division des types de prise en charge dans le cadre d'une gestion rationnelle des moyens par une administration centrale, en mesure de mutualiser des ressources et d'affecter certaines d'entre elles à des objets spécifiques (que ce soit dans le but d'accroître leur efficacité ou pour d'autres raisons, sociales, morales ou politiques).

En établissant l'hôpital des Enfants-Malades au sein « du dispositif institutionnel de l'enfance abandonnée » en fermant les infirmeries des autres hospices pour enfants, l'administration a sans nul doute participé de la création d'un objet et d'une problématique scientifique originale, celle des pathologies de l'enfance. Un nouveau type de malade devait ensuite en découler, l'enfant malade, mais avec quelques décennies de retard. Si des médecins se sont intéressés aux maladies infantiles antérieurement, leurs travaux « eurent probablement peu d'influence sur leurs contemporains. C'est seulement un siècle plus tard que la pédiatrie émerge en tant que spécialité reconnue »¹⁵⁵⁵ : « Au départ établissement de deuxième plan,

1554 Décision du 25 juillet 1832, AAP 136 FOSS¹²¹ F°67. La chose n'en fut pas réglée pour autant, Husson, directeur de l'Assistance publique devant répéter les mêmes recommandations de souplesse dans l'application des formes prescrites pour les admissions aux médecins dans les années 1860 après la mort de deux accidentés, renvoyés par les médecins après un diagnostic insuffisamment attentif. cf. Jerrold 1869, p.533.

1555 Notamment le français Gilibert dans son *Plan de recherches sur l'art de conserver la santé des enfans* de

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

dépourvu du prestige attaché aux hôpitaux d'adultes qui accueillent les chaires de cliniques médicales et chirurgicales, il [l'hôpital des Enfants-Malades] ne devient un lieu attractif pour les médecins hospitaliers soucieux de faire une carrière hospitalo-universitaire qu'à la création de la chaire des maladies des enfants en 1878, dont il devint le siège »¹⁵⁵⁶.

Administration hospitalière et médecine clinique auront sur cette question encore, convergé pour des raisons différentes. On ne développera pas ici les détails de l'argument, mais on peut tout aussi bien suggérer que si en France – comme dans beaucoup d'autres pays, cf. Weisz 2006, p.193 – la dermatologie et la vénéréologie sont des spécialités associées, c'est certainement qu'il était nécessaire, mais pas toujours évident, de distinguer les dermatoses des manifestations cutanées des infections sexuellement transmissibles (l'exemple type étant la syphilis). On peut aussi supposer que si Alibert publie encore en 1825, dans la deuxième édition de la *Description des maladies de la peau observées à l'hôpital Saint-Louis*, des considérations sur les syphilides et les scrophules¹⁵⁵⁷, alors que Laënnec avait déjà indiqué que les seconds sont des tubercules qui ne relèvent pas des dermatoses puisqu'elles sont également présentes dans les phtisies¹⁵⁵⁸, et que les premières sont bien connues pour avoir une origine vénérienne¹⁵⁵⁹, c'est peut-être aussi parce qu'il s'agit autant d'une description des maladies « observées à l'hôpital Saint-Louis » qu'une description des « maladies de peau ». Or, Saint-Louis avait été conçu moins comme un hôpital pour les maladies de la peau que comme un hôpital pour les malades chroniques et contagieux (dont relevaient à la fois les dermatoses comme la gale et la teigne, les infections sexuellement transmissibles, mais aussi l'herpès, le scorbut, les « vieux » ulcères, les écrouelles), catégorie intermédiaire entre le malade aiguë et

1772, cf. Kottek 1991, p.105 qui présente pp.105-116 un résumé du plan de Gilibert.

1556 Pinell 2004b, p.854

1557 Alibert 1825, pp.237–366.

1558 Laënnec 1828, en quoi il suivait Bayle, mais en unifiant les types de phtisies sur la base de l'uniformité de leurs signes relevés au stéthoscope et des types de tubercules, cf. Imbault-Huart 1975, pp.173–174.

1559 Même s'il faudra attendre encore une petite dizaine d'années pour que la vénéréologie prenne ses titres de noblesse avec Ricord.

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

l'invalides, et n'appartenant donc ni aux hôpitaux généraux ni aux hospices. Une sorte d'entre-deux, composé de gens dont les capacités physiques sont souvent relativement intactes, mais atteints des maladies « les plus tenaces, les plus dégoûtantes, et celles qui rendent les malades le plus hideux. »¹⁵⁶⁰ D'où une prise en charge un peu particulière : le traitement externe a priori, et l'admission à la fois pour les cas les plus contagieux et les plus « repoussant, qui ôte aux individus encore valides le moyen de trouver du travail, et souvent même leur fait refuser un asile chez les logeurs »¹⁵⁶¹.

Sans revenir non plus en détail sur les démonstrations faites par Robert Castel dans *L'ordre psychiatrique* qui éclairent elles aussi la place de l'institution dans la constitution d'une pratique médicale psychiatrique, on peut dire que l'apparition de spécialités en médecine doit effectivement beaucoup – mais pas tout¹⁵⁶² – à une rationalité et des finalités qui ne sont pas les siennes propres, mais celles de l'administration.

À travers ces éléments, on espère avoir explicité un peu plus l'idée avancée par G. Weisz selon laquelle « l'émergence de la spécialisation à Paris fut [largement] basée sur la convergence d'un système de carrière compétitif basé sur une notion de l'avancement de la connaissance médicale – promouvant elle-même la spécialisation – avec des catégories

1560 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.62.

1561 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803 alors que pour les simples et légères, contagieuses mais à un moindre degré, il ne peut en être question ; elles n'empêchent point de travailler. »

1562 Au titre d'autres déterminants, on peut mentionner le développement, largement commercial, des appareillages, avec l'ouverture à Paris d'une clinique privée d'ophtalmologie en 1830, l'étude des maladies des os liées au développement de l'orthopédie par les fabricants de corsets ou de la lithotritie de Civiale en 1824 jusqu'à ce qu'on lui confie un service de Necker en 1829 (cf. Pinell 2005, pp.16–17). Sur ce dernier exemple, on ne peut s'empêcher de mentionner que les administrateurs hospitaliers jouèrent un rôle puisque les chirurgiens en titre voyaient chez Civiale un concurrent illégitime (il n'était pas médecin des hôpitaux de Paris), qu'il fut établi contre leur avis (cf. Peisse 1857, pp.306–308, note 1), et eut par la suite à délimiter les juridictions respectives de Civiale et Laugier (chirurgien de Necker) quant aux opérations sur les voies urinaires (Civiale se voyant, *grosso modo*, interdire les opérations en question si elles étaient dépourvus de calculs, cf. arr. CGH 62002 du 19 décembre 1832, AAP 136 FOSS¹²² F°711).

2.2.2 ... et des conséquences particulières : la spécialisation hospitalière.

classificatoires qui émergèrent des efforts pour imposer une rationalité bureaucratique à d'énormes structures institutionnelles. Ces deux éléments étant promus directement, quoique de manière différente, par l'État. »¹⁵⁶³

Il nous faut donc examiner à présent si cette gestion centralisée des établissements a produit les effets escomptés par le CGH et son tuteur étatique à l'échelle de la ville.

1563 Weisz 2006, p.18: « The crux of my argument here [le quatrième] is that emerging specialization in Paris was based on the coming together of a system of career competition based on some notion of advancing medical knowledge – which itself promoted specialization – with classificatory categories that emerged from efforts to impose bureaucratic rationality on huge institutional structures. Both these elements were promoted directly, though in quite different ways, by the French state. »

2.3 De quelques effets globaux et locaux

P RIMORDIALE PRÉOCCUPATION DU CGH, la définition un malade et la mise en place d'un mécanisme de répartition et de contrôle furent-elles efficaces ? Cette définition de la population cible marque-t-elle une vision globale de l'offre de soin ?

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

2.3.1.1 Capacité et répartition

L'évaluation chiffrée de l'action et de la gestion du CGH quant à « l'offre de soins », pour utiliser une expression anachronique, ne va pas sans difficultés, reconnues par E. Ackerknecht déjà :

« Il n'est pas possible de mesurer statistiquement la croissance des hôpitaux parisiens durant la période qui nous intéresse [1794-1848], étant donné que chaque auteur fait son propre choix de renseignements et les utilise en fonction de ses critères personnels. Comme il y avait plus d'un patient par lit, au début, on ne peut comparer les statistiques portant sur le nombre de lits disponibles. [Comparant les données de Tenon dans son rapport de 1788 et de l'article « hôpital » de Coste dans le dictionnaire des sciences médicales] Mais il ne s'agit ni des mêmes hôpitaux ni des mêmes hospices, et il n'est pas du tout certain que la seconde liste soit aussi complète que la première. [...] Même si ces chiffres ne sont qu'approximatifs, on constate, compte tenu de l'évolution individuelle de chacun des hôpitaux, un accroissement continu et très important des capacités d'hébergement des hôpitaux parisiens durant la période que nous étudions. »¹⁵⁶⁴

Pour obvier à une partie de ces problèmes, nous avons choisi de n'utiliser que les chiffres produits par le CGH lui-même. Ce sont à priori les plus fiables, et dans tous les cas on est sûr de considérer le même type d'établissement. La seule difficulté sous ce rapport provient des

1564 Ackerknecht 1986, pp.33-34.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

séparations et réunifications de l'hospice d'accouchement et d'allaitement¹⁵⁶⁵. La contrepartie est évidemment le caractère lacunaire des sources, qui nous interdit une évaluation très fréquente de la capacité d'accueil, ou un libre choix dans les intervalles entre dates. Nous n'avons de chiffres précis que pour l'an XIII (1804¹⁵⁶⁶), 1814 (année pour laquelle le CGH tint des comptes aussi séparés que possible des civils et des militaires¹⁵⁶⁷), 1820¹⁵⁶⁸ et 1828¹⁵⁶⁹. De manière générale, de 1804 à 1828, la capacité globale des *hôpitaux*¹⁵⁷⁰ sous l'autorité du Conseil passe de 4 998 à ... 4 891 lits, celle des hospices¹⁵⁷¹ de 8 960 à 10 947. En voici la répartition :

1565 L'hospice, initialement constitué de deux locaux distincts (dit de Port-Royal et de l'Observatoire), contenait des lits pour les femmes dans leur 8e mois de grossesse, pour les femmes en couche, des berceaux pour leurs enfants et les enfants de moins de deux ans abandonnés attendant une nourrice, et des lits pour les élèves sages-femmes. Nous n'avons tenu ici compte que des deux premières sortes de lits.

1566 Dans Thouret, Camus & Duquesnoy 1803.

1567 Dans Pastoret 1816.

1568 Dans AAP bibliothèque finance 15U, compte moral pour l'année 1820.

1569 Dans AAP 1M6, compte moral pour l'année 1828.

1570 i.e. L'Hôtel-Dieu, Saint-Louis, les Vénériens, la Charité, Saint-Antoine, Necker, Cochin, Beaujon, les Enfants-Malades, la Maison de Santé et l'accouchement, avec les réserves susmentionnées, auxquels s'ajoutent pendant la période la Pitié (à partir de 1809) et la maison de santé des vénériens de 1808 à 1825 (cf. supra p.362).

1571 i.e. la Salpêtrière, Bicêtre, les Incurables Hommes, les Incurables Femmes, les Ménages, Montrouge, les Orphelins et Sainte-Périne. On a donc volontairement exclu les enfants trouvés, dont le nombre fluctue en fonction des opérations de placement du Bureau des nourrices, séparé.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

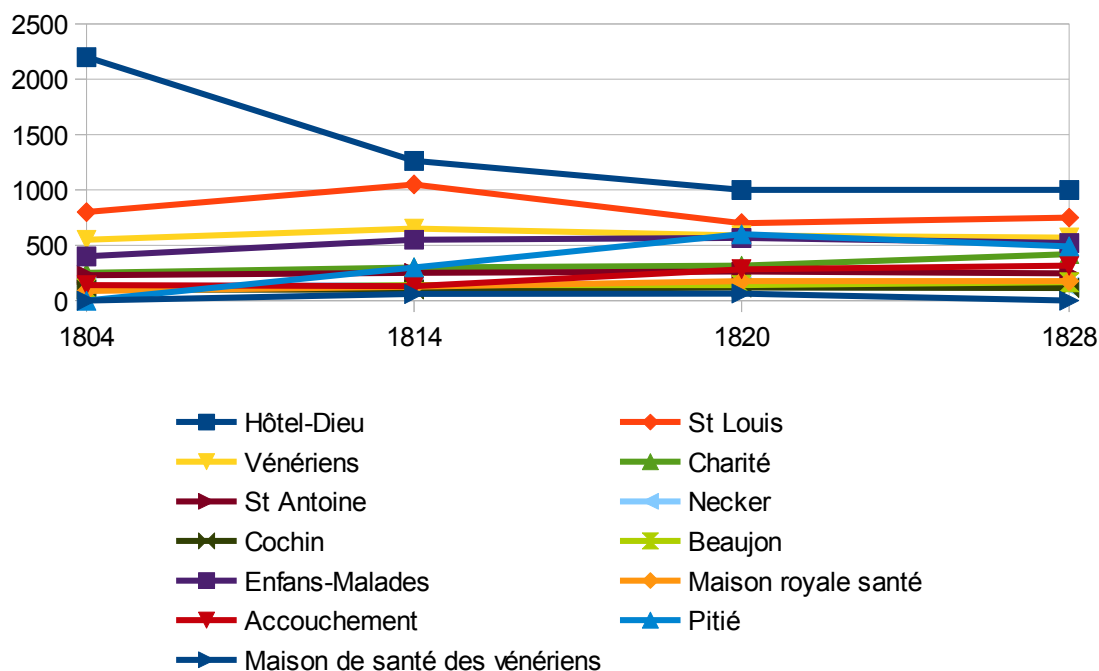


Illustration 19: Nombre de lits par établissement (capacités nominales, hors lits de réserve, etc.), 1804-1828.

À la lecture de ce diagramme, une chose est claire : le principal souci du CGH fut de maintenir à minima les capacités d'accueil telles qu'elles étaient, l'ouverture de la Pitié ne compensant pas complètement les démolitions de salles de l'Hôtel-Dieu commandées par les travaux sur les quais de Seine.

L'assertion d'Ackerknecht se trouve largement démentie, en termes de capacités d'accueil à tout le moins : s'il y a un accroissement, il n'est pas continu : de 1804 à 1828, le nombre de lits baisse très légèrement (il passe de 5 000 à 4 900), « du fait de la politique d'appropriation des bâtiments et d'allègement des salles communes »¹⁵⁷² dit Catherine Duprat, qui confirme la tendance pour la période légèrement postérieure, la capacité totale d'accueil n'augmentant pas

¹⁵⁷² Duprat 1997, p.24, note 57.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

entre 1817 et 1836, mais seulement après 1836, quelques lits s'ajoutant à Bicêtre, et de nouveaux services étant ouvert à Lourcine (hôpital de vénériennes, en 1834), Necker et Beaujon¹⁵⁷³. Or le maintien des capacités ne signifie pas du tout le *statu quo* : comme nous l'avons déjà dit¹⁵⁷⁴, de 1801 à 1831, la population de la capitale augmente de plus de 40%.

À l'établissement du CGH, la commission administrative avait, avec visiblement une grande sincérité, écrit ne pas vouloir exagérer « la pénurie des Maisons hospitalières [...] et il est une vérité constante qu'elle se plaît à redire, c'est que de tous les établissements publics existants dans Paris, les Hospices et Hôpitaux sont peut-être ceux qui ont été le moins maltraités », et estimé que « Les hôpitaux de Paris sont en général suffisants aux besoins de cette vaste commune »¹⁵⁷⁵. C'était faire preuve d'un peu trop d'optimisme : dès 1804, les médecins du Bureau Central se plaignaient du déficit de lits en le reliant à la fois à la composition sociale de l'arrondissement que l'hôpital doit desservir, et aux secours à domicile qui y sont proposés, tout en pointant que la situation n'était pas aussi critique partout : « Les Hôpitaux d'arrondissement n'offrent pas tous un nombre de places proportionné à la population des différents quartiers qu'ils sont destinés à desservir. Si l'hôpital Baujon (sic) est celui qui conserve le plus de lits vacants, quoiqu'on ait augmenté son arrondissement à plusieurs reprises, il faut sans doute attribuer ce vide à ce que la classe indigente est moins nombreuse dans les municipalités voisines » ou à des secours à domicile plus généreux, alors que l'hôpital Saint-Antoine est trop petit pour la population du quartier « où sont placés nombre d'ateliers et de manufactures, qui supposent en général beaucoup d'ouvriers peu fortunés. » Enfin, si Necker, Cochin et la Charité disposent de peu de lits vacants cela semble

1573 Duprat 1997, pp.24–25.

1574 cf. Chevalier 2007 [1958], pp.209–211 cité supra p.318.

1575 Commission Administrative n.d., p.4,24.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

suffire pour les arrondissements de rive gauche, dont la partie la plus peuplée est proche de l'Hôtel-Dieu et de la Charité¹⁵⁷⁶. En 1806, c'est Cochin qui est pointé du doigt alors qu'il ne dispose que de cent lits, ce qui « ne saurait suffire pour la grande population de la partie supérieure des 11e et 12e arrondissements. » Là encore, ce sont l'Hôtel-Dieu et la Charité, à proximité, qui absorbe le surplus¹⁵⁷⁷.

S'il n'était financièrement pas en mesure d'augmenter la quantité de lits disponibles, le CGH aurait donc pu tenter de redistribuer ses ressources. Et il ne faut pas déduire des diagrammes précédents qu'il n'essaya pas de répondre aux demande croissantes auxquelles il était soumis.

Il tenta visiblement d'augmenter ses capacités : dès décembre 1802, il cherche à étendre ses biens immobiliers et mandate trois de ses membres (Richard d'Aubigny, Camus et B. Delessert) pour aller visiter des bâtiments suggérés par le ministre de l'Intérieur – des locaux militaires doivent être concernés, puisque le CGH demande à son ministre ainsi qu'à celui de la guerre des autorisations de visite – à Saint-Germain, Saint-Denis et Versailles¹⁵⁷⁸.

Des réaffectations budgétaires tentèrent d'anticiper les demandes relatives dans les établissements. Par exemple, en 1806, c'est les crédits de Saint-Louis qui se voient augmentés de 25% (pour se monter à 250 000F) au vu du nombre de journées d'hospitalisation, et au détriment des Orphelins, Orphelines, Vénériens, Necker et Cochin. De même, les crédits affectés par la municipalité et le département à la Maternité et aux Enfants-abandonnés étant

1576 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1803, pp.6–7

1577 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1809, p.6

1578 Arr. CGH 1180 du 17 frimaire an XI (8 décembre 1802), AAP 136 FOSS³ F°596, les tractions n'ont pas dû être concluantes, sans que l'on soit en mesure de déterminer pourquoi, nous n'avons en trouver trace par la suite.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

insuffisant, on puise dans ceux de l'Hôtel-Dieu, de la Charité, Beaujon et la clinique¹⁵⁷⁹. Quelques mois plus tard, c'est la Salpêtrière et les Incurables femmes qui financent une augmentation des lits à Bicêtre, aux Incurables Hommes et à Montrouge¹⁵⁸⁰. La liste exhaustive de ces ajustement serait trop longue¹⁵⁸¹ et d'un intérêt limité, mais elle témoigne d'une attitude pas aussi attentiste et conservatrice que pourrait le laisser penser la stabilité des chiffres du nombre de lits par établissements.

Dans le même ordre de tentatives d'ajustement à la demande, dès 1808, le CGH tente d'accroître les capacités de la Charité et de Saint Antoine, dont les limites avaient été soulignées par les membres du BCA deux années auparavant. Il est vrai qu'il agit sous la contrainte, à savoir tenter de compenser la destruction prévue des bâtiments de l'Hôtel-Dieu qui se trouvaient être dans la continuité du « quai napoléon » que l'Empereur voulait voir prolongé. Les projets, qui consistaient à la Charité en une extension de salle et l'élévation d'un étage supplémentaire, et à Saint-Antoine en la complétion d'une aile en cours de construction et l'érection d'une seconde, furent largement amendés par le ministre, visiblement soucieux de limiter l'extension des hôpitaux, probablement pour des raisons financières. Des 300 et 250 lits supplémentaires attendus des travaux respectifs, il n'accorda que 140 et 185, qui ne furent, dans le cas de Saint-Antoine, finalement pas réalisés¹⁵⁸².

Autre tentative d'adaptation mise à mal, mais cette fois-ci à l'intérieur même des

1579 Arr. CGH 4304 du 3 décembre 1806, AAP 136 FOSS¹¹ F° 820.

1580 Arr. CGH 4543 du 21 janvier 1807, AAP 136 FOSS¹² F° 135.

1581 On en trouvera un autre exemple, dans arr. CGH 5661 du 18 novembre 1807, AAP 136 FOSS¹⁴ F361 avec des transferts entre établissements atteignant régulièrement plus de 10% du budget prévisionnel.

1582 Arr. CGH 6214 du 20 avril 1808, 136 FOSS¹⁵ F°545-548. Le motif avancé pour le refus d'une extension du bâtiment de la Charité le long de la rue des Saint-Pères pour aller jusqu'au bâtiment des cliniques est que l'hôpital doit rester « dans les limites du quartier ». idem pour Saint-Antoine, pour lequel il doute « même que les dispositions conventuelles de cette maison puissent jamais former un bon hôpital conforme au rapport que lui a présenté le Conseil Général des Hospices ». Lequel lui répond « Nous avons pu nous dispenser de faire observer au ministre » que les travaux qu'il accordent ne pourront pouvoir qu'à 400 lits supplémentaires alors que la partie démolie de l'Hôtel-Dieu en contient 1000. C'est en fait à la Pitié qu'il reviendra de remplacer le gros du déficit.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

établissements, et qui laisse transparaître à la fois les difficultés liées à la gestion centralisée d'une masse aussi importante et changeante, et une certaine réactivité de l'institution : en 1825, Saint-Louis fait remonter à la Commission Administrative un état des lits faisant apparaître des vacances beaucoup plus importantes dans la division des femmes que dans celle des hommes, alors que les membres du Bureau central rapporte que des hommes qu'il y a envoyé sur des brancards y ont été refusés. Le CGH demande immédiatement à l'agent de surveillance de translater une partie des 170 lits de femmes vacantes dans la division des hommes¹⁵⁸³. Lequel répond trois jours plus tard que vu le taux d'occupation proche de 100% partout, la réaffectation de lits est impossible¹⁵⁸⁴ : il est peu probable que la commission ait eu de mauvaises informations, puisque les états de lits vacants étaient rédigés par l'agent de surveillance lui-même ou ses services. Il est plus vraisemblable que la disponibilité n'ait été que très passagère ...

Enfin, même s'il ne relève pas strictement de l'hôpital, et dans la continuité de la création de la Maison de Santé¹⁵⁸⁵, le CGH avança quelques initiatives indiquant son souci de répondre aux attentes de certaines catégories de population : par exemple, en avril 1826, il chargeait la Commission Administrative de trouver des locaux pour expérimenter à petite échelle dans un premier temps une crèche, « asile » destiné à garder pendant la journée les enfants « de la classe ouvrière », souhaité par la société de Charité Maternelle¹⁵⁸⁶. Le projet, jugé « un des secours les plus utiles qu'on peut offrir à la classe pauvre et laborieuse ; [...] un moyen de prévenir les accidents multipliés auxquels donne lieu l'abandon des enfans sans surveillance ;

1583 Arr. CGH du 10 août 1825, AAP 136 FOSS⁹¹ F°632-633.

1584 AAP correspondance L1 Saint-Louis, lettre du 13 août 1825.

1585 cf. supra section 2.1.4.

1586 Sur la Société de Charité Maternelle, voir Woolf 1991.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

de procurer aux parents la facilité de pourvoir par leur travail à leur subsistance et à celle de leurs enfans ; et de diminuer le nombre des indigens à secourir »¹⁵⁸⁷, pressenti pour prendre place dans un local appartenant aux Hospices Civils attenant aux Incurables rue de Sèvres, ne vit finalement pas le jour dans les dépendances du CGH en tout cas.

Dans les faits, il faut dépasser la période cadre de notre propos pour voir les choses évoluer significativement du côté du nombre et de la distribution des lits. La fermeture d'une aile de l'Hôtel-Dieu à la fin de la première décennie du siècle et l'ouverture concomitante de la Pitié (d'abord comme annexe puis comme hôpital autonome à partir de 1816, et l'ouverture de Lourcine, de l'hôpital du Bon secours et l'extension importante des capacités des hôpitaux Saint-Antoine, mais surtout Necker et Beaujon dans les années 1840 en sont les moment les plus significatifs :

1587 Arr. CGH 44204 du 19 avril 1826, AAP 136 FOSS⁹⁵ F°136-137.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

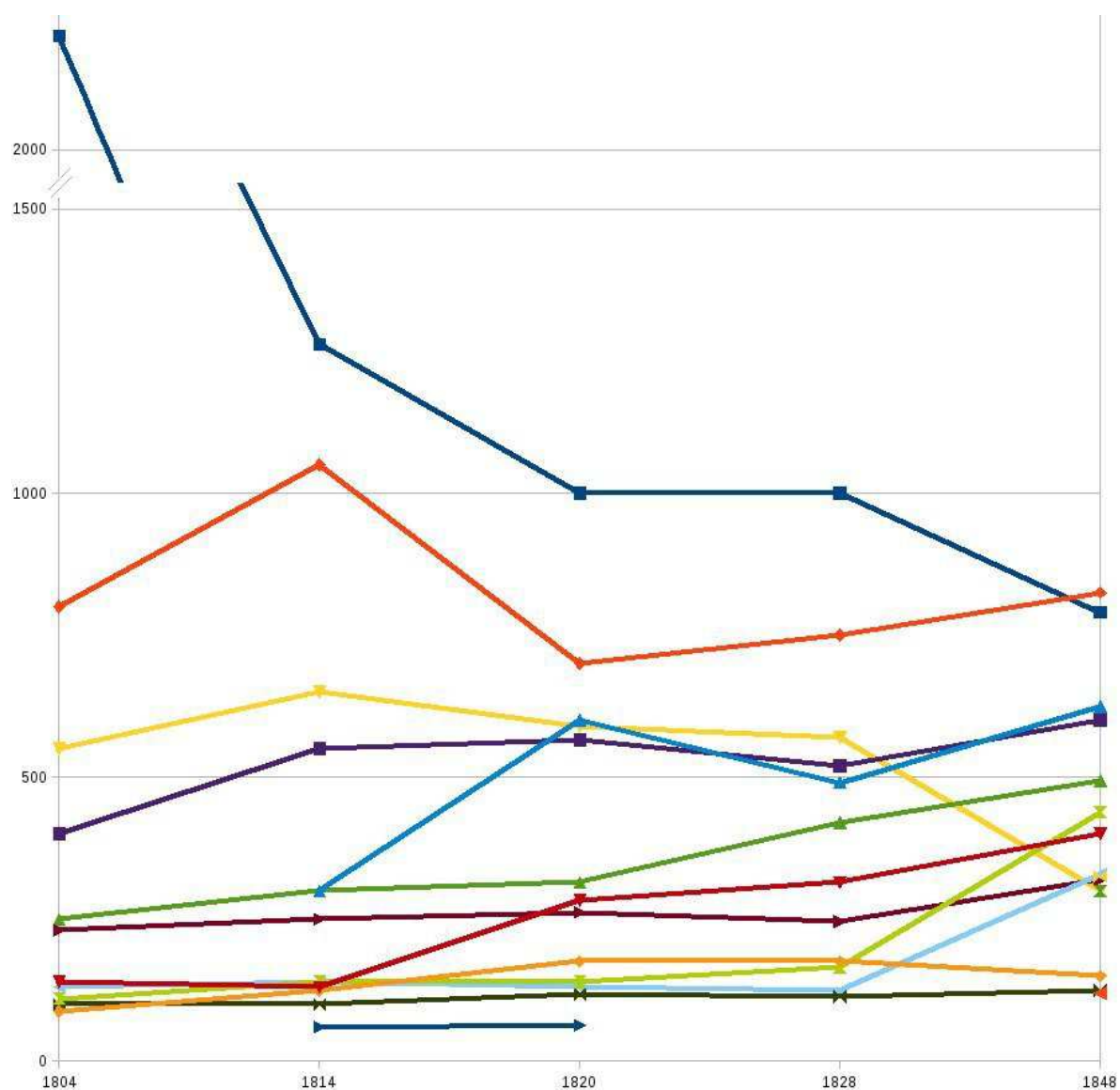


Illustration 20: Nombre de lits par hôpital, 1804-1848

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|----------------|------------|
| ■ Hôtel-Dieu | ◆ St Louis | ◆ Vénériens | ◆ Charité |
| ◆ St Antoine | ◆ Necker | ◆ Cochin | ◆ Beaujon |
| ◆ Enfants-Malades | ◆ Maison royale santé | ◆ Accouchement | ◆ Pitié |
| ◆ Maison de santé des vénériens | ◆ Hospice des cliniques | ◆ Bon secours | ◆ Lourcine |

Pour l'ensemble des hôpitaux, les données sont les suivantes (il ne nous a pas été possible de trouver des chiffres fiables pour 1810)¹⁵⁸⁸ :

¹⁵⁸⁸ Compte non-tenu des lits de malades dans les hospices, dont les $\frac{3}{4}$ environ sont destinés aux aliénés.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

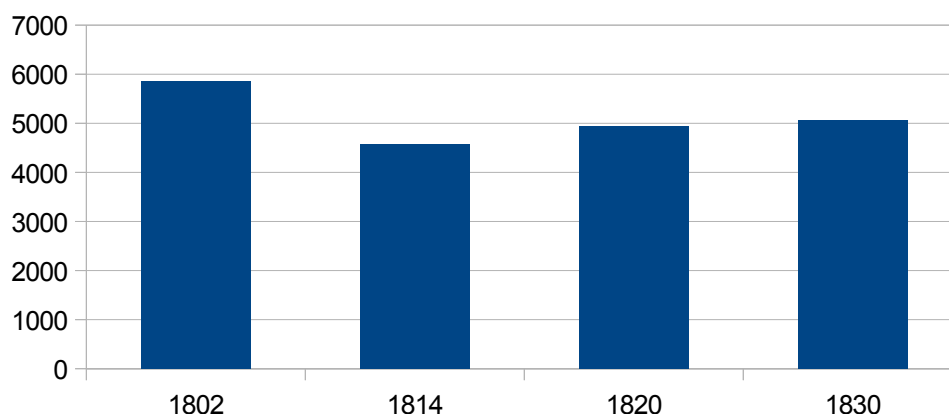


Illustration 21: Evolution du nombre total de lits dans les hôpitaux, 1802-1830

Si l'on considère les chiffres de 1848 donnés dans Administration générale de l'assistance publique 1949 annexe 9, on voit effectivement que les capacités augmentent nettement pour atteindre un total de 6150 lits hospitaliers¹⁵⁸⁹ (soit +22% par rapport à 1804), notamment avec l'ouverture de Lourcine (+300 lits, qui font plus que compenser la perte des 270 lits aux Vénériens) et de l'hôpital temporaire du Bon Secours (+325 lits), de nouvelles salles à Saint-Antoine (+74 lits, +30%), mais surtout à Necker et Beaujon, qui voient leurs capacités augmentées de plus de 160%. La tendance est donc à la relocalisation des ressources vers les hôpitaux les plus petits¹⁵⁹⁰ :

1589 En comptant l'hôpital du Bon Secours, ouvert à la toute fin de la période (1846, fermeture en 1852). En l'excluant, l'augmentation du nombre de lit tombe à 16%, ce qui n'est pas négligeable, mais pas « très important » comme l'écrit Ackerknecht.

1590 Ce qui ne sera pas du goût de tout le monde, le credo voulant toujours que les petits hôpitaux soient plus économiques et salubres que les grands. Raison pour laquelle en 1837 Jourdan, ex-administrateur, déplore les travaux en cours pour agrandir Necker et Beaujon, et ceux prévus pour faire de même à Saint-Antoine et Cochin : « Il vaudrait beaucoup mieux construire de nouveaux hôpitaux ailleurs, et laisser aux établissements que nous venons de nommer leur dimension actuelle. Mais l'économie ... Eh, mon Dieu ! Lorsqu'on trouve toujours des fonds pour des monuments de luxe, comment se fait-il qu'on en manque quand il s'agit de travaux utiles ? ». Jourdan 1837, p.xlv, note 1. Enfin, il faut noter, une fois de plus, que l'on a pas intégré les lits médicaux des hospices dans la carte ci-dessous, soit environ 600 lits à la Salpêtrière, dans la mesure où ceux-ci sont destinés aux malades de l'établissement, et non à la population générale de la ville.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

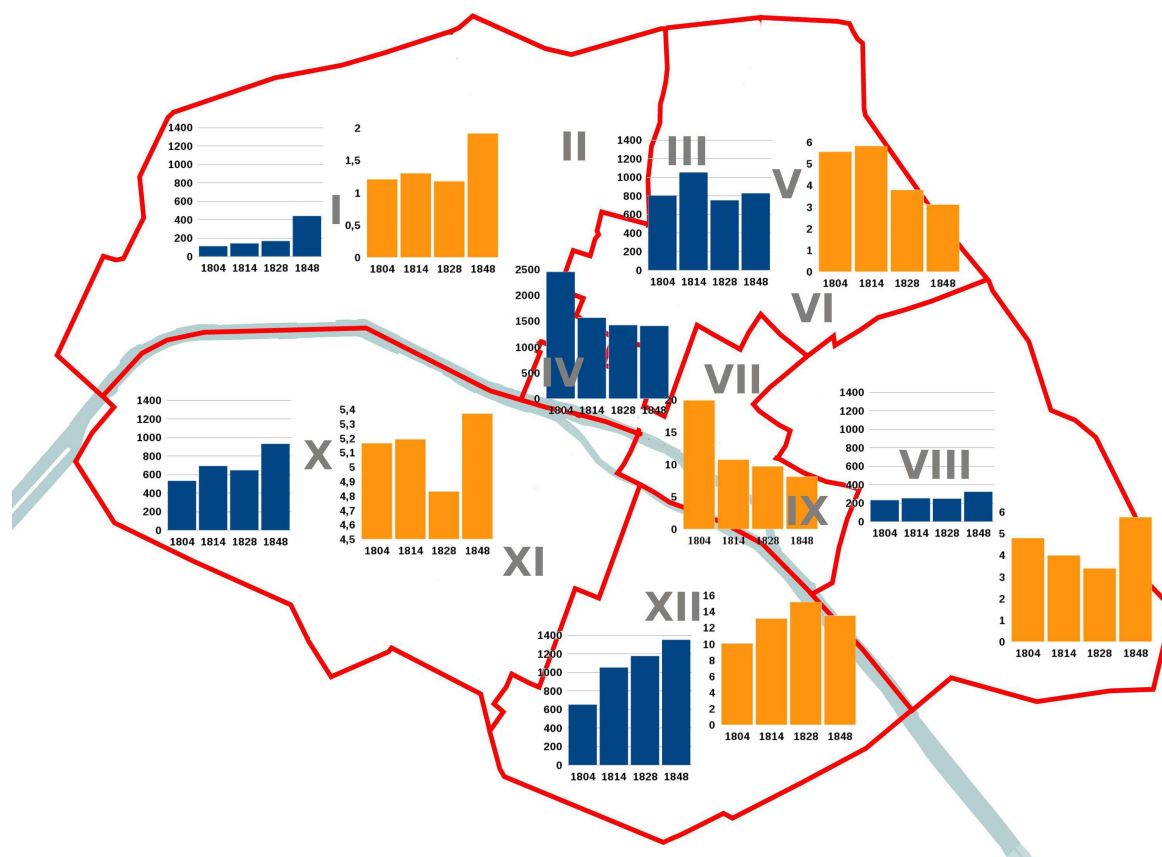


Illustration 22: Bleu : Nombre de lits par zones géographiques. Jaune : Nombre de lits pour 1000 habitants par zones géographiques. 1804-1848.

Les chiffres présentés ici doivent être pris avec de grandes précautions. Ils ne visent pas à donner un avis définitif sur les secours hospitaliers dans la capitale, mais à indiquer des évolutions. Ont été regroupés en six grandes zones les douze arrondissements et les hôpitaux gérés par le Conseil Général des Hospices¹⁵⁹¹ (à l'exception de la Maternité et de la Maison de Santé, vu le peu de lits qu'ils proposent et leurs aspects très spécifiques) pour faciliter les comparaisons à grand trait, alors qu'il est évident que dans nombre de cas l'hôpital le plus proche n'est pas celui de l'arrondissement, et que chacune de ces zones regroupe quelque peu

1591 Soit, les IV, VII et IX^e arrondissements comprenant l'Hôtel-Dieu et la Charité (étant donné son emplacement et le fait que nombre de rapports, y compris ceux-susmentionnés, lui attribuent une fonction d'absorption du surplus de malades) ; les I et II^e arrondissements desservis par Beaujon ; les III, V et VI^e arrondissements desservis par Saint-Louis ; le VIII^e arrondissement par Saint-Antoine et l'hôpital du Bon-Secours (de 1846 à 1852) ; le XII^e arrondissement avec les Vénériens, Cochin, la Pitié et Lourcine (à partir de 1836) et enfin les X et XI^e avec Necker et les Enfants-Malades.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

arbitrairement des territoires aux logiques propres, dont la complexité n'obéit pas aux découpages administratifs. De même, on a préféré prendre les chiffres de la population totale des arrondissements¹⁵⁹² plutôt que de la population pauvre, en raison de la fluctuation de cette dernière en fonction des critères imposés pour être inscrit sur les listes d'indigence, alors même que dans l'immense majorité des cas, la « clientèle » des hôpitaux est composée des plus pauvres¹⁵⁹³.

Pour des raisons de visibilité, l'échelle de la première série de données (sur le nombre de lits par groupe d'arrondissement) est plafonnée à 1400, à l'exception des arrondissements centraux, dont c'est en fait le minimum sur la période. On voit bien à quel point l'Hôtel-Dieu concentre les capacités : un peu moins de 50% en 1804 et de 25% en 1828. Les accroissements de lits s'expliquent par les créations et agrandissements susmentionnés. Mais elles interviennent toutes dans la dernière décennie, le cas limite étant l'hôpital du Bon-Secours dans le VIII^e arrondissement, qui en augmenta considérablement les capacités mais ne fonctionna que de 1846 à 1852.

Les données avancées doivent seulement être prises comme révélatrices de tendances, dont trois transparaissent malgré tout nettement : l'incapacité du CGH à faire face à l'accroissement colossal de la population malgré une augmentation des capacités après 1836 (le nombre de lits hospitaliers pour 1 000 habitants sur l'ensemble de la commune passant de 8,3 en 1804 à 5,3 en 1848) ; la redistribution d'une partie des ressources du centre de la capitale vers les arrondissements extérieurs ; la concentration du gros des capacités en rive gauche¹⁵⁹⁴, que

1592 Des recensements de 1806 effectués par les commissaires de police (Trébuchet 1850a, p.103) comparés au nombre de lits des hôpitaux en 1804, du recensement de 1816, publié en 1817 comparé au nombre de lits en 1814 (Trébuchet 1850a, p.104), au recensement de 1830 (Chabrol de Volvic, Rambuteau & Haussmann 1844, fig.65) comparé au nombre de lits des hôpitaux en 1828, et au recensement de 1846 (Chabrol de Volvic, Rambuteau & Haussmann 1860, pp.36–37) comparé au nombre de lits dans les hôpitaux en 1848.

1593 Pour la répartition de la population indigente dans le Paris du XIX^e siècle, voir Duprat 1997, pp.41–86.

1594 Et plus précisément à proximité de l'ancien cardo romain (rue Saint-Jacques-rue Saint-Martin). Voir Annexe V.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

viendra, bien plus tard, contrebalancer l'ouverture de Lariboisière et de l'hôpital Tenon. Le manque de moyens financiers et l'attachement à une gestion patrimoniale du « bien des pauvres » l'auront largement empêché de développer ses capacités de façon plus pertinente. Les variations importantes des diagrammes ne doivent pas faire oublier leur échelle : dans la plupart des arrondissements il y a moins de six lits pour 1000 habitants, la moyenne sur l'ensemble de la commune étant de 8,31 en 1804, elle descend graduellement à 4,42 en 1828 pour remonter sur la toute fin de la période à 5,3, avec d'énormes écarts entre le centre et les arrondissements périphériques.

Cette stabilité – qui confine à l'immobilisme – dans les aspects spatiaux recouvre de vrais changements, dans les établissements eux-même cette fois.

2.3.1.2 Mortalité et durée de séjour

Le changement peut-être le plus important, qualitativement parlant, bien avant la généralisation de l'antisepsie et de l'asepsie¹⁵⁹⁵, est la baisse timide mais continue et durable, de la mortalité.

Là encore, les chiffres¹⁵⁹⁶ sont à prendre avec précaution. Premièrement, les taux de mortalité dépendent de la qualité des informations prélevées : vu le nombre de malades, de services, de procédures d'entrée, etc., et le désordre ambiant souvent condamné, les informations sont naturellement sujettes à caution. Cependant, vu l'attention que

1595 Que l'on date en général de la fin des années 1860. cf. Contrepois 2004.

1596 Issus de la série des comptes, AAP 1M1 à 1M6

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

l'administration y porta et la multitude des moyens utilisés pour les relever¹⁵⁹⁷, on peut raisonnablement estimer qu'elles font partie des plus fiables, avec les données budgétaires.

Deuxièmement, les taux de mortalité varient très fortement selon les établissements et d'une année sur l'autre¹⁵⁹⁸, en raison de déterminant qui nous sont souvent complètement mystérieux : si on comprend la hausse de la mortalité post-1814 du fait du nombre de civils et de militaires hospitalisé et de l'effet délétère de la guerre sur les conditions de vie globale, il est régulièrement des variations importantes qui ne trouvent pas d'explication aisée. De la même manière, la baisse continue de la mortalité ne saurait s'expliquer facilement : elle est vraisemblablement due à des progrès relatifs de la médecine et de la chirurgie ; probablement pas à des améliorations sanitaires dans une ville qui certes s'enrichit globalement¹⁵⁹⁹ tout en étant de plus en plus surpeuplée et divisée par d'importantes disparités de niveau de vie ; mais peut-être tout autant voire plus à des mesures administratives d'organisation (séparation des malades, lits individuels, etc.) comme le suggère E. Ackerknecht à propos des mesures politiques et administratives prises de la fin de l'Ancien Régime au second Empire (agrandissements et construction d'hôpitaux, démarcation entre hôpitaux et hospices, étatisation et centralisation de leur gestion) « Les statistiques de mortalité ne laissent aucun doute sur l'amélioration enregistrée à la suite de ces mesures *et aussi grâce aux progrès des connaissances médicales.* »¹⁶⁰⁰

Troisièmement, les taux de mortalité sont tributaires de facteurs globaux comme de conjonctures locales pas toujours explicites. On connaît la propension – pas nécessairement

1597 cf. section 3.

1598 Pour un aperçu des variations sur l'ensemble des établissements durant la période 1809-1818, voir Trébuchet 1850a. Pour les taux de mortalité annuels à la Charité, Saint-Antoine et Necker de 1801 à 1848, voir Boule 1986, vol.II.

1599 Duprat 1997, p.50.

1600 Ackerknecht 1986, p.32. Les italiques sont de nous.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

infondée – des médecins à imputer l'importante mortalité aux admissions tardives¹⁶⁰¹, les malades ne se décidant à entrer à l'hôpital que mourant. Les médecins du BCA en 1806 attribuent quant à eux la faiblesse de la mortalité (et de la durée de séjour) à la Charité relativement à celle de l'Hôtel-Dieu moins à la taille démesurée de ce dernier et aux contagions conséquentes qu'au nombre de sorties dans la première journée, double à la Charité, alors qu'il y a beaucoup plus d'admissions à l'Hôtel-Dieu :

« Ce nombre extraordinaire des sortants, dès le premier jour de leur entrée, ne peut s'expliquer que par l'usage établi dans cette Maison, de choisir pour ainsi dire les malades, et de ne point garder ceux dont l'état annonce la nécessité d'un long séjour, ou dont les affections font craindre des dégénérescences chroniques qui peuvent devenir funestes. D'un autre côté, plusieurs malades sont pris pour la Clinique, aussi dès les premiers jours de leur entrée ; et on les porte comme sortants sur le mouvement ordinaire de l'hôpital »¹⁶⁰².

Avant d'ajouter qu'en outre les malades graves et intéressants sont aussi sortis pour être transférés à la Clinique, concluant que la mortalité de la Charité doit, *mutadis mutandis*, être proche de celle de l'Hôtel-Dieu.

Quatrièmement, le mode de calcul. Au départ, les taux de mortalité des hôpitaux sont calculés de deux manières différentes : soit par $(j/365)/m$ où j =nombre annuel de journées de malades de l'établissement et m =nombre annuel de mort, ce qui revient à diviser le nombre moyen de malades présents dans l'établissement par le nombre de morts ; soit par $s+m/m$ où s =nombre annuel de sorties de l'établissement et m =nombre annuel de morts de l'établissement. Les taux de mortalité dans les hospices sont donnés de 1804 à 1814 puis de nouveau après 1830, uniquement en suivant la première formule. Nous avons choisi de ne présenter, pour les hôpitaux, les taux de mortalités que sur la base du second mode de calcul,

1601 C'était un argument de Jacques Tenon dans son rapport, c'en était un de Biron, Chamseru, Parfait, et al.

1803 qui font des calculs de mortalité en soustrayant les personnes mortes dans les 24h ou 48h suivant leur admission ...

1602 Biron, Chamseru, Parfait, et al. 1809, p.5.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

d'abord parce qu'il est certaines fois le seul présenté dans les sources, et d'autre part parce qu'il semble *prima facie* un meilleur élément d'évaluation de l'efficacité ou de la létalité de l'hôpital. L'inconvénient étant naturellement qu'il ne considère pas, ou moins, les longs séjours. Mais cet aspect du problème sera considéré dans l'examen des durées moyennes de séjours.

En somme, comme l'écrit Husson, « C'est donc avec la plus grande réserve qu'il faut consulter les tableaux que l'Administration publie depuis 1804, pour en dégager le chiffre de la mortalité dans les hôpitaux et celui de la durée moyenne du traitement. Ces documents peuvent être interrogés avec fruit, à la condition de n'y voir que des faits généraux et sommaires auxquels manque la lumière des circonstances et des détails. »¹⁶⁰³

1603 Husson 1862, p.248.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

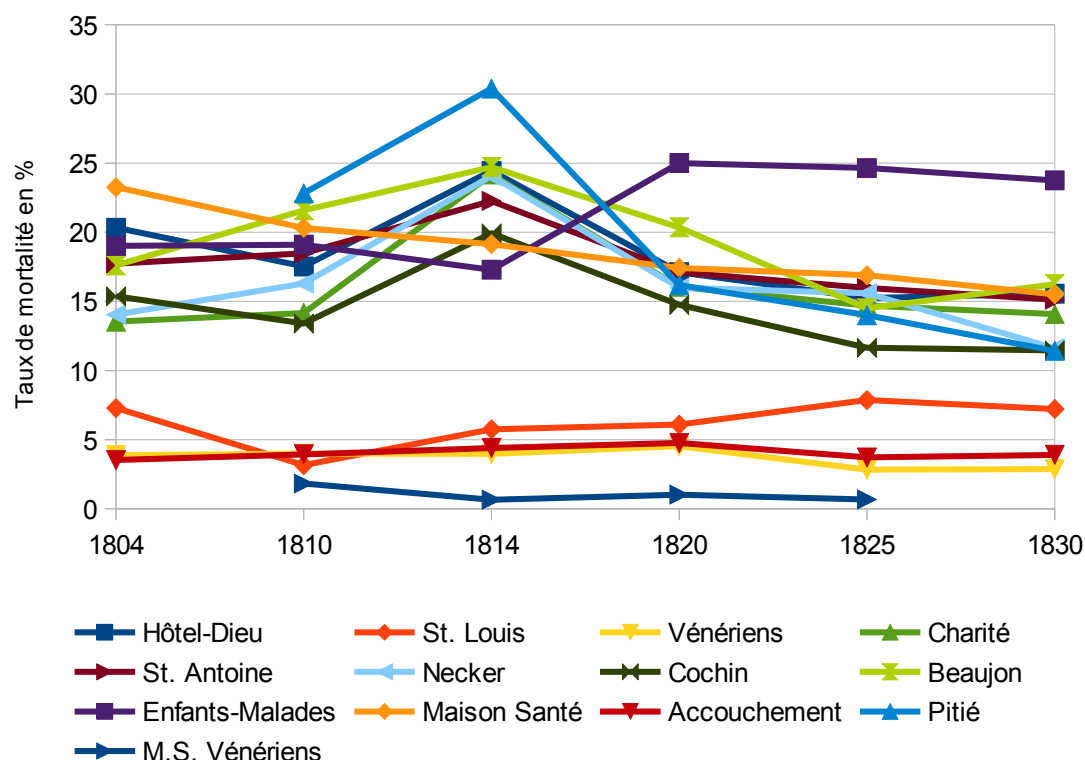


Illustration 23: Taux de mortalité dans les hôpitaux, 1804-1830, d'après AAP série 1M

De ce diagramme¹⁶⁰⁴ trois éléments suffisamment convergents peuvent être retenus : les variations importantes (avec un pic attendu pour 1814), la tendance générale à la baisse¹⁶⁰⁵, et la différence entre les hôpitaux spécialisés (Saint-Louis, Vénériens, Accouchement) et les hôpitaux généraux, qui laisse penser que les efforts pour ségréguer les pathologies, pour n'être pas toujours appliqués à la lettre, n'en étaient pas moins effectifs.

Cette chute progressive mais durable de la mortalité est également accréditée par

¹⁶⁰⁴ Le taux de mortalité pour la maison d'accouchement est celui des mères. Le taux de mortalité des enfants est bien supérieur.

¹⁶⁰⁵ Qui est à comparer à relative stabilité de la mortalité moyenne décennale à l'Hôtel-Dieu telle qu'elle est donnée dans le rapport des commissaires chargés, par l'Académie, des projets relatifs à l'établissement de quatre hôpitaux, citée dans AAP 45 FOSS B/5/a-c : 22,2% pour la période 1721-1731, 22,3% pour 1731-1741, 23,4% pour 1741-1751, 21,7% pour 1751-1761, et 21,1% pour 1761-1773.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

Husson¹⁶⁰⁶, qui présente des taux moyens pour les périodes 1804-1813, 1814-1819, 1820-1830 jusqu'en 1860. Nous n'avons intégré en sus de la période qui nous intéresse ici que ceux de la décennie suivante, pour indiquer la pérennité du phénomène (d'après lui la mortalité décennale moyenne évolue de 1830 à 1861 entre 10 et 11.5%).

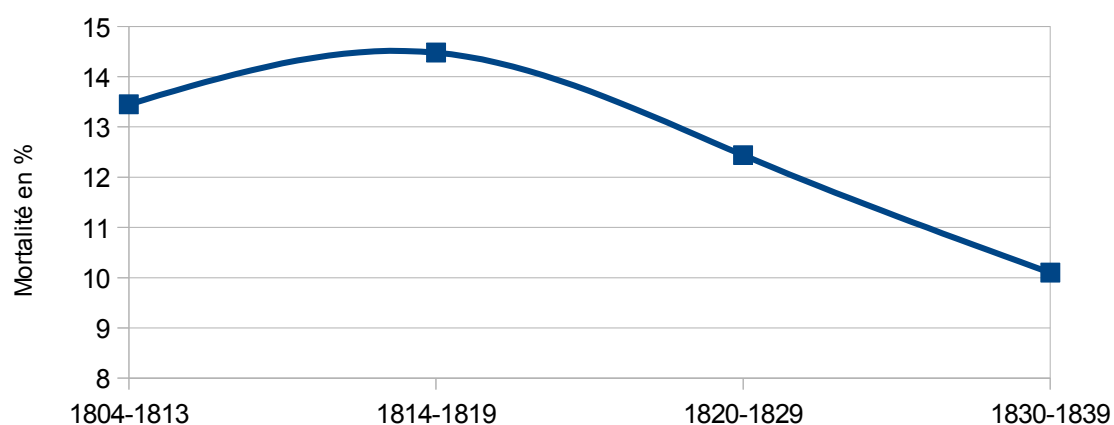


Illustration 24: Mortalité dans les hôpitaux de Paris, 1804-1839 d'après Husson 1862, p.249.

Il est très difficile de dégager les facteurs explicatifs de cette tendance, comme nous l'avons dit, elle tient selon toute probabilité à la fois à l'amélioration des techniques diagnostiques et chirurgicales, et aux remaniements administratifs que nous avons présentés.

Mais le changement le plus marquant n'est pas là. Indiquée, entre autres, par Catherine Duprat, la plus grosse évolution c'est l'augmentation très importante du nombre de malades traités. De façon très révélatrice, elle décrit la baisse du nombre de lits que nous venons d'exposer et conclut « ces insuffisances d'accueil ne doivent pas être masquées par la forte augmentation du nombre des malades traités au cours de la période (40 996 en 1817, 60 039

¹⁶⁰⁶ Husson 1862, p.249. Il ne nous a pas été possible, à notre grand regret, de calculer des taux moyen décennaux, les sources étant trop parcellaires.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

en 1830 et 83 643 en 1840), progression *qui ne fut obtenue que par l'abrègement de la durée des hospitalisations* (46 jours en moyenne en 1817, 24 jours en 1840). »¹⁶⁰⁷

C'est intéressant parce que cela révèle la double fonction de l'hôpital à la période : lieu de la médecine et de l'hospitalité. Cela semble suggérer que dans la perspective de C. Duprat, l'abrègement de la durée de séjour est un pis-aller, un dernier recours contraint et forcé, pour pallier au déficit croissant de lits. Ce qui n'est probablement pas entièrement faux. Mais c'est aussi le fruit d'une volonté, comme nous l'avons décrit¹⁶⁰⁸, de pathologiser l'hôpital : séparer clairement malades et invalides, limiter les longs séjours, etc. Là encore, la situation varie beaucoup, mais la tendance n'en demeure pas moins très explicite¹⁶⁰⁹ :

1607 Duprat 1997, p.24, note 57. Les italiques sont de nous.

1608 cf. supra sections 2.1.1 et 2.2.

1609 Le choix de l'année 1830 ne constitue *a priori* pas un biais pour autant que nous sachions : si elles ont donné lieu à des récits haut en couleurs (cf. Ménière 1830) et un certain nombre de traités connus (cf. Larrey 1830 ; Dupuytren 1834), le nombre d'entrées dans les hôpitaux suites aux journées de juillet n'a pas connu d'augmentation significative au-delà des variations annuelles habituelles, les trois glorieuses s'étant fort à propos réduites à ... trois jours. Dans la plupart des établissements, l'année 1828 par exemple a produit plus d'entrées. À titre d'exemple, l'HD a vu 390 admissions supplémentaires suite aux combats (Ménière 1830, p.340), ce qui est beaucoup vu le court laps de temps, mais marginal en regard de ses 14 ou 15 000 entrées annuelles moyennes.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

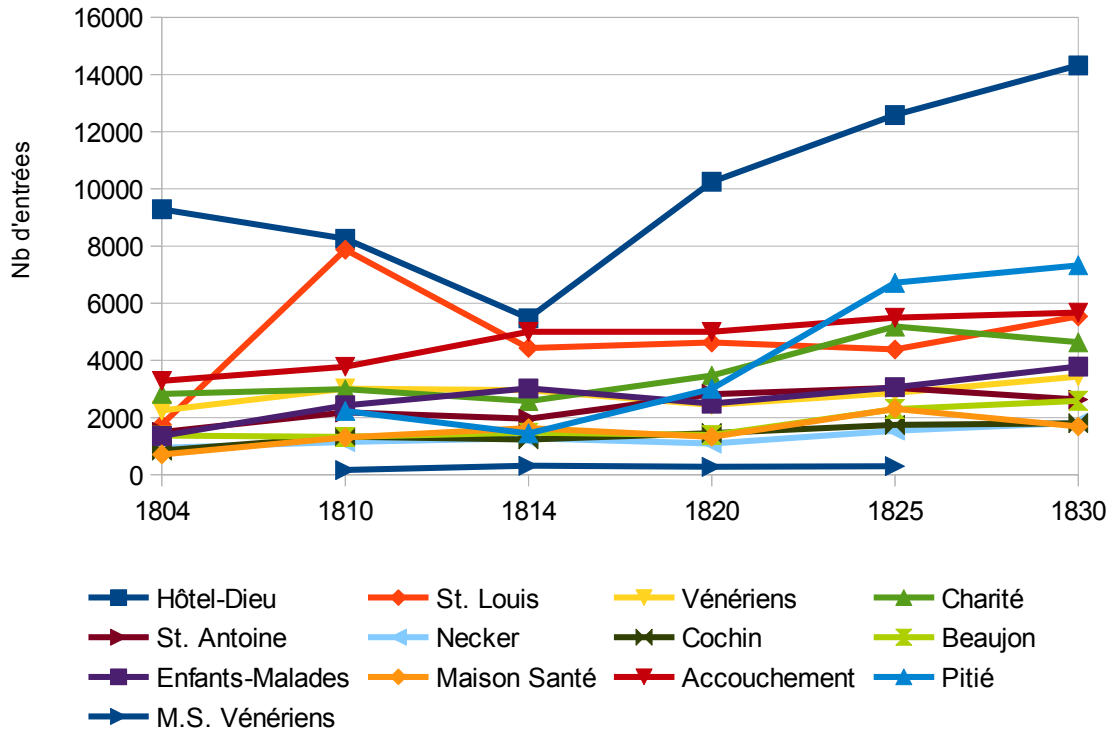


Illustration 25: Nombre d'entrées par hôpital, 1804-1830, d'après AAP série 1M.

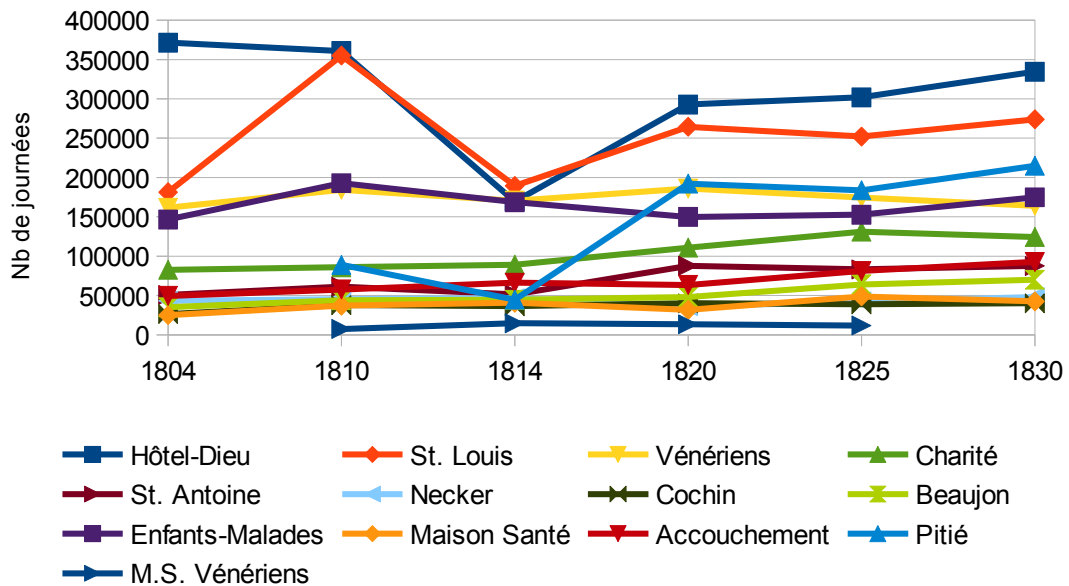


Illustration 26: Nb de journées de malades par hôpital (1804-1830), d'après AAP série 1M.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

Ces deux diagrammes indiquent la même chose : une hausse importante du nombre de malades reçus et donc un turn-over croissant. C'est d'autant plus remarquable que d'après Domin, au plan national et sur la première moitié du XIX^e siècle,

« Pour faire face à la réduction de leur recettes, les commissions administratives engagèrent une politique de réduction des charges en limitant les entrées et en réduisant les services accordés aux malades. Les gestionnaires hospitaliers étaient donc soumis à une obligation de résultat : générer du bénéfice. Dans cette perspective, le besoin sanitaire ne pouvait être pris en compte. Le seul objectif des commissions administratives était de maintenir les dépenses à un niveau convenable afin d'éviter les déficits »¹⁶¹⁰.

Nos données sont confirmées par l'examen des durées moyennes de séjour¹⁶¹¹, dont la réduction était une des principaux objectifs du CGH :

1610 Domin 1998, p.102.

1611 Calculées, d'après le compte financier de 1814 (AAP série 1M), « en divisant le nombre des journées par le total des individus sortis par guérison ou mort ; ou, ce qui est la même chose, en divisant le nombre des journées par le nombre des individus existant le 1er jour de l'année, moins ceux qui restent le 31 décembre. C'est ainsi que l'on a toujours calculé pour les hôpitaux, la durée du séjour des malades ; ou ce qui est la même chose, la durée moyenne des maladies. »

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

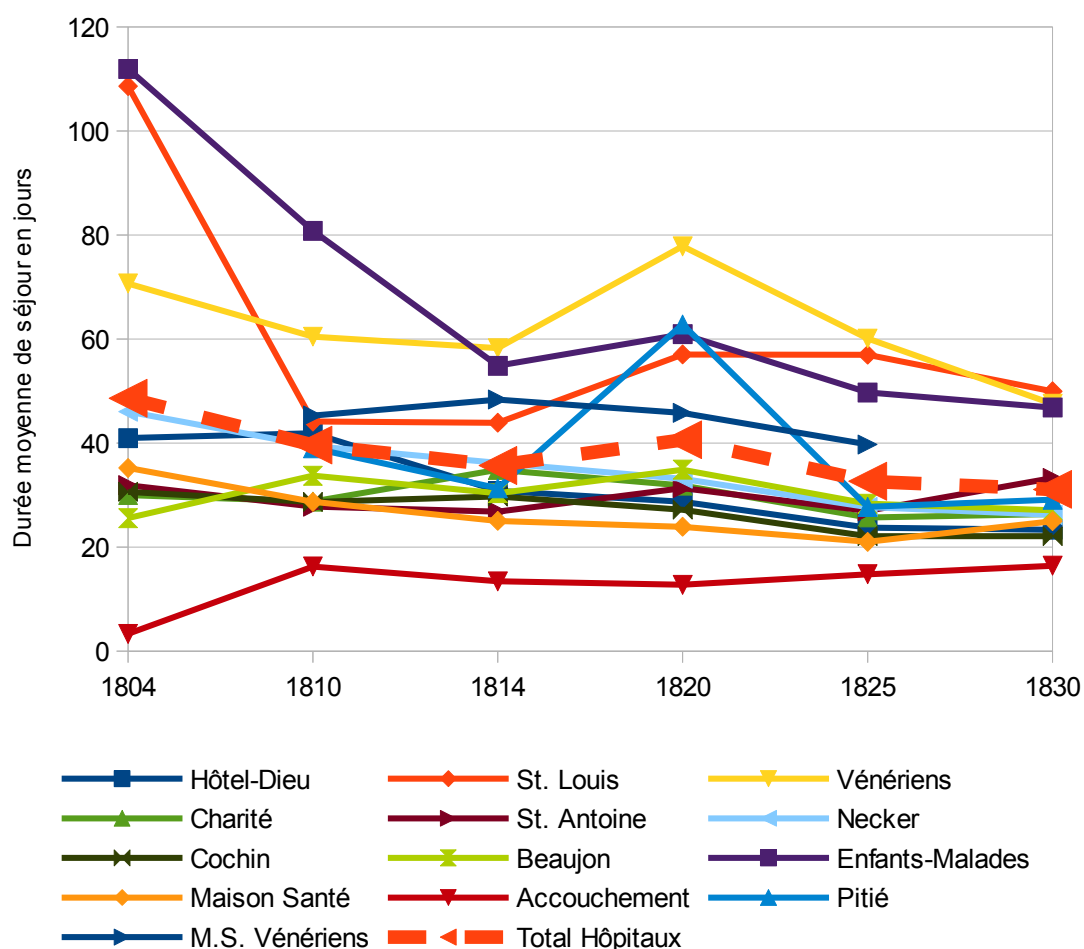


Illustration 27: Durée moyenne de séjour totale et par hôpital (1804-1830), d'après AAP série 1M.

On peut ici constater des durées moyennes de séjour variables selon les groupes établissements, présentant un aspect presque inverse des courbes de mortalité, les hôpitaux spécialisés cumulant les plus longs séjours, du fait des pathologies traitées, chroniques le plus souvent (les Enfants-Malades soignant, à partir de la fin de la première décennie du siècle, une bonne partie des enfants teigneux et galeux). L'augmentation très importante de la durée de séjour à la Pitié pour 1820 est due à l'ouverture dans cet hôpital d'un service pour le traitement des prostituées vénériennes de la fin 1815 à 1822¹⁶¹², la tendance générale étant

¹⁶¹² Le compte moral pour 1816 indique que ce service fait 200 lits, ce qui représenterait 1/3 des capacités de l'établissement. cf. AAP bibliothèque finance 15U.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

globalement à la baisse, comme le confirme les moyennes calculés par Husson, illustrées dans ce diagramme récapitulatif ¹⁶¹³ :

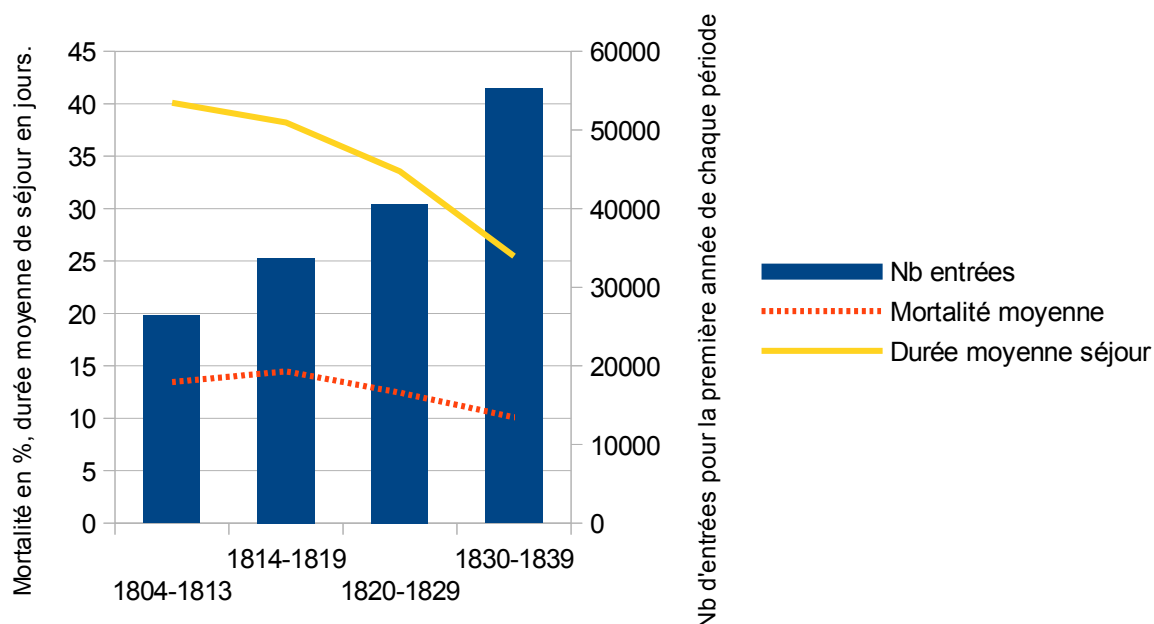


Illustration 28: Tous hôpitaux confondus (1804-1839) : Mortalité moyenne, durée moyenne de séjour d'après Husson 1862, p.249 ; nombre d'entrées pour la première année de chaque période, d'après AAP série 1M.

Quelles conclusions tirer de cette avalanche de diagrammes ? D'abord, que les valeurs des différentes variables examinées fluctuent souvent beaucoup d'une année sur l'autre, d'un établissement à l'autre.

Malgré tout, on voit se dessiner un certain nombre de tendances de fond, dont la réalité est renforcée par leur persistance dans la décennie 1830-1840. Au-delà de l'augmentation considérable du nombre d'admissions (+109% entre 1804 et 1830)¹⁶¹⁴, le plus marquant est la baisse concomitante de la durée moyenne de séjour et de la mortalité. Naturellement, toute évolution de la durée moyenne de séjour est interprétable de façon contradictoire. On peut

¹⁶¹³ Là encore, on a ajouté la période 1830-1839 pour indiquer que les tendances ne sont pas conjoncturelles, mais bien structurelles.

¹⁶¹⁴ Voire même de 150% entre 1801 et 1848 selon Groopman 1986, p.90.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

estimer qu'une baisse signifie une médecine plus efficace, des hôpitaux plus médicaux, ou qu'une hausse traduit une sélection de maladies plus graves, et donc aussi une forme médicalisation. Le dernier argument est par exemple celui d'Eugène Buret (Buret 1840, p.271). Vue la politique mise en place par l'administration et la baisse simultanée de la durée de séjour et de la mortalité, il nous semble que l'on peut arguer de façon convaincante que cette baisse de la durée de séjour témoigne d'un éloignement de l'hôpital de ses fonctions traditionnelles d'Ancien Régime pour celles qui seront celles que nous lui connaissons.

Là encore, point de certitudes, mais de raisonnables conjectures. Le phénomène s'explique mieux par la combinaison de trois facteurs : une amélioration de la prise en charge médico-chirurgicale, une séparation plus marquée des pathologies limitant la contraction de maladies « nosocomiales », les effets d'un tri plus efficace entre malades et indigents, maladies chroniques et invalidités.

Enfin, indiquant là aussi une certaine réalité des tentatives de typologie et de tri, on voit bien apparaître à l'examen des taux de mortalité et des durées de séjour deux groupes d'établissements, généraux et spécialisés – sans les comparer aux hospices¹⁶¹⁵ –, nonobstant des différences parfois non-négligeables à l'intérieur de ces groupes.

Pour conclure ces sections sur les effets globaux de la gestion des hôpitaux par le CGH, il semble qu'on ait suffisamment d'éléments concordants pour avancer que celui-ci s'est révélé n'être pas à la hauteur des défis à relever : ses capacités d'accueil se sont dégradées considérablement, et si la faute en incombe probablement à un déficit de financement qui ne

¹⁶¹⁵ Dont la durée moyenne de séjour, qui n'est pas donné chaque année et dont le calcul est sujet à caution, se situe en général entre un an et 18 mois.

2.3.1 Une gestion globale cohérente ?

lui appartenait pas de résoudre, il n'a pas tenté de corriger les inconvénients de la situation en réaffectant les ressources à sa disposition, ou très timidement et tardivement lors de sa dernière décennie d'existence. Sous ce rapport, sa gestion fut certainement très conservatrice. Il n'en reste pas moins vrai que les hôpitaux connaissent des évolutions importantes : un doublement des entrées, et un taux de mortalité et une durée de séjour en baisse constante et durable. En l'absence de percée thérapeutique majeure, les raisons tiennent sans nul doute pour une grande part aux efforts de gestion différenciée des populations et des pathologies, ce que confirme l'examen du détail de ces taux et durées par établissement.

Les aspects généraux, que l'estimation en volumes chiffrés rend plus aisément conceptualisables et manipulables, ne saurait rendre compte de toute la complexité et la finesse des dimensions des phénomènes qu'ils représentent. À fortiori quand ceux-ci impliquent de l'humain, du social. On tentera donc, à travers quelques brèves esquisses, de donner un aperçu des modes de relations qui régissent les institutions hospitalières à leurs premiers objets, les malades.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

Nous aurions aimé, comme O. Faure et pour les mêmes motifs, « faire apparaître “la clientèle” des hospices civils : elle est à la fois la raison d'être et le véritable moteur des hôpitaux. Ne pas la faire apparaître, comme c'est bien souvent le cas, c'est transformer l'hôpital en monstre froid faiseur de règlements et aucune impression n'est plus loin de ce qu'on peut savoir de la réalité des hospices de ce temps. »¹⁶¹⁶ Malheureusement, les sources disponibles ne nous le permettent pas, ou extrêmement imparfaitement.

Ce n'est pas là un problème exclusif à l'histoire des hôpitaux parisiens, ni à la clinique. Suivant Roy Porter, on peut même en faire un trait distinctif de toute l'histoire traditionnelle de la médecine, qui la tourmente depuis plus d'un demi-siècle¹⁶¹⁷. L'article de Douglas Guthrie part bien du constat du peu d'attention accordée aux patients depuis le Moyen-Âge déjà, alors « qu'ils méritent néanmoins d'être remémorés, et [qu']il est malheureux que tant d'entre eux soient inconnus et que leurs noms mêmes n'aient été répertoriés »¹⁶¹⁸. Aussi nouvelle qu'elle puisse avoir été, sa tentative de redonner une place au « patient » dans l'histoire de la médecine fut finalement un parangon du iatrocritisme dénoncé par Roy Porter dans *Patients and practitioners*¹⁶¹⁹ : une liste de noms ayant eu la primeur de telle ou telle pratique

1616 Faure 1981, p.43.

1617 On s'accorde en général pour présenter Guthrie 1945 comme un travail pionnier. R. Porter en fait par exemple sa première référence bibliographique (chronologiquement, s'entend) quand il évoque la maigre littérature sur le sujet : R. Porter 1985b, p.3, note 6.

1618 Guthrie 1945, p.490 : « they [the patients] are none the less worthy to be remembered, and it is unfortunate that so many of them are unknown and that even their names are unrecorded. »

1619 R. Porter 1985b, p.2 : « L'histoire de la médecine traditionnelle a simplement ignoré le patient. Après tout, c'était ce que le docteur faisait au malade, et pour lui, qui comptait ; le patient n'était que le matériau brut, le porteur involontaire d'une maladie ou d'une lésion. Après tout, personne n'a jamais suggéré que les historiens de la sculpture doivent se concentrer sur les dalles de marbre. L'histoire traditionnelle de la médecine ignore donc le patient : il ou elle ne présentait aucun intérêt. » (« Traditional history of medicine simply ignored the patient. After all, it was what the doctor did to, and for, the sick that counted ; the patient was just the raw material, the unwitting bearer of a disease or lesion. After all, no one ever suggested that historians of

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
médicale, de Margaret Millar, chanceuse bénéficiaire de la première ovariectomie en 1701, au
premier diabétique traité par insuline, Joe Gilchrist (médecin lui-même), en 1922.

L'historiographie de la médecine indique clairement que la question du malade est encore
jeune¹⁶²⁰. Il ne nous appartient pas en détail d'en discuter les raisons et les perspectives. De
manière synthétique, on dira que l'on adhère à l'analyse qu'en a faite Olivier Faure¹⁶²¹ : depuis
les années 1970 la relation médecin-malade a vu changer ses modes de conceptualisation.
D'abord pensée par des historiens généralistes qui s'intéressent aux grandes tendances de la
démographie au prisme des grandes campagnes sanitaires et du discours des médecins –
rendant les malades en partie responsables de leur sort, dénonçant les comportements
antihygiéniques, les préjugés et l'incapacité à suivre des prescriptions – l'histoire est celle de
l'avancée de la médecine contre l'obscurantisme populaire. Comme en miroir, viendront
répondre les analyses d'Illich¹⁶²² ou de Foucault (celui de *Surveiller et punir*¹⁶²³, pas celui de
La naissance de la clinique) sur la sujétion inhérente à position du malade dans la médecine
moderne. C'est dans ce cadre qu'Olivier Faure place les réflexions séminales de Nicholas
Jewson sur la disparition du malade de la *cosmologie médicale*¹⁶²⁴. Les travaux commencés la
décennie suivante apporteront des nuances importantes si ce n'est des démentis. L'étude des
correspondances montre que chez les lettrés au moins le souci de la santé et la multiplicité des
recours thérapeutiques est un invariant, les connaissances anatomiques souvent solides. Le
discours étiologique mobilise la faute comme les circonstances : aléas de la vie et
bouleversements politiques font autant partie des arguments que la mauvaise volonté

sculpture should concentrate on slabs of marble. Traditional history of medicine thus ignored the patient: he
or she was of no interest. »)

1620 On consultera avec grand profit, sur l'historiographie de la médecine, Huisman & Warner 2004, pp.167–
306 en particulier pour ce qui nous occupe ici.

1621 Faure 2004.

1622 Illich 2009 [1975].

1623 Foucault 1993 [1975], pp.200–264 en particulier.

1624 Jewson 1976.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

populaire. Bref,

« Les priorités évoluèrent dans tous les champs de visions larges et d'hypothèses sur des systèmes immenses à des vues plus différenciées des actions et à une prise en compte du contexte. Le sujet “médian” de l'histoire française des mentalités ou la statistique moyenne du médecin ou du patient de la démographie historique ou de l'épidémiologie passèrent lentement au second plan. Même dans les études les plus quantitatives, le patient émerge doucement comme un acteur historique à part entière. [...] il] est intégré à une chronologie soignée, à une connaissance approfondie de la différenciation sociale et des effets des discours. Ce tournant praxéologique et parfois culturel dans l'histoire sociale de la médecine ouvre le champ plus large de l'histoire de la santé, et la perspective d'échanges interdisciplinaires fructueux. »¹⁶²⁵

Ces évolutions historiographiques sont bien réelles, mais elles n'ont pas encore produit tous leurs effets. En 1985 R. Porter avait parfaitement raison de dire qu'en dépit d'un titre prometteur il y a bien peu sur les malades et rien sur leur point de vue – mais beaucoup sur les ambitions de « veille sanitaire » de la Société Royale de Médecine – dans *Malades et maladies à la fin du XVIII^e* de J-P. Peter¹⁶²⁶. En un sens, ce qui intéresse Peter dans les sources de la Société Royale de Médecine et les écrits médicaux des années 1830, c'est de pouvoir en conclure que « ces descriptions [...] nous confirment dans la première impression. Ces misères ne sont pas une légende. Les rapports d'hommes au regard déjà scientifique témoignent d'un état de choses qui s'est bel et bien maintenu. »¹⁶²⁷ : dans la continuité de l'école des annales, il se préoccupe de la réalité d'un état sanitaire, pas de la subjectivité d'un mode de relation à la santé. De ce fait, dans son approche de l'homme du commun et de ses expériences, il est plus proche des concepts et des méthodes de Guthrie que de E.P. Thompson

1625 Dinges 2004, p.227: « Priorities changed in all fields from large visions and hypotheses about huge systems toward a more differentiated view of agency and to a larger interest in context. The median “subject” of the French history of mentalities or the statistical average physician or patient of historical demography or epidemiology is slowly passing to the background. Even in quantitative “hard-core” studies, the patient slowly emerges as a historical actor in his or her own right. Thanks to the earlier achievements, this actor is well embedded in a refined chronology and a deepened knowledge of social differentiation and the effect of discourses. This praxeological and sometimes cultural turn of a social history of medicine opens the larger field of a history of health, allowing fruitful interdisciplinary exchanges »

1626 R. Porter 1985a, p.182.

1627 Peter 1972, p.166.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

ou S. Hall¹⁶²⁸. Ou des *cultural studies* en général, dont on a appris que la question fondamentale dans l'étude des phénomènes culturels ou populaires (au sens littéral) était tout autant le mode de traitement d'un problème donné par un groupe social donné, que de déterminer ce qui, pour un groupe, fait problème. Ou, pour le dire autrement, que le problème réside autant dans les réponses apportées que dans la détermination de la problématique elle-même. Le point d'achoppement réside en ce que Porter est loin de pouvoir lui-même y parvenir pleinement. Il reconnaît que les conceptions populaires de la vie et de la mort, de la santé, de la maladie et des remèdes qu'il cherche à mettre au jour sont fort diverses et « liées à des circonstances socio-économiques, des affiliations religieuses, des niveaux d'éducation et d'alphabétisation, des perceptions communautaires ou de classe, la présence de praticiens médicaux professionnels qualifiés et de mille et une autres circonstances socioculturelles, sans oublier les personnelles, toutes extrêmement fluctuantes »¹⁶²⁹. Or c'est là que le bât blesse. Dans son article *The Patient's View: Doing Medical History from below*, largement programmatique, Roy Porter argumente en faveur d'une histoire qui prendrait en compte les vues du malade, du « souffrant » (*sufferer*). Il s'appuie très partiellement sur « la thèse de Nicholas Jewson selon laquelle dans les siècles passés le consommateur payant (et pas seulement le riche, bien que ce soit l'objet de l'étude de Jewson), en possédant simplement le choix et le pouvoir de la bourse, pouvait exercer une influence considérable sur le marché médical »¹⁶³⁰, et objecte à ceux qui allèguent du manque de sources pour expliquer le déficit

1628 Thompson 1966 ; Hall 1981.

1629 R. Porter 1985a, p.5 : « The varieties of sickness experience [...] were mapped upon immensely varying socio-economic circumstances, religious affiliations, levels of education and literacy, class and community perceptions, the availability of skilled professional medical practitioners and a thousand and one other socio-cultural, not to mention individual and personal, circumstances. »

1630 R. Porter 1985a, p.189 et il poursuit « Évidemment, ceci était beaucoup plus facile quand les études médicales n'étaient pas spécialisées, des théories médicales comme l'humoralisme étaient la *lingua franca* d'un savoir appartenant au séculier comme à la faculté, et les médecins étaient dépourvus de technologies reluisantes et de remèdes miracles pour soutenir leur mystique, les obligeant à recourir à une thérapie expectante et au pouvoir guérisseur de la nature. Le pouvoir du patient, et la servilité obséquieuse qu'elle imposait aux médecins, les rabaisant au rang de clients et commerçants, irritait les docteurs. » « Jewson's thesis that in past centuries the paying consumer (and not necessarily just the rich, though those are the focus of Jewson's study), simply by possessing choice and the power of the purse, could exercise considerable

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
d'études historiques sur les malades que les données existantes peuvent être réinterrogées notamment en reprenant les méthodes de la microhistoire, à la manière du Carlo Ginzburg du *Fromage et les vers*¹⁶³¹. Si l'appel est fort et fort justifié, l'auteur est en peine pour le réaliser de façon satisfaisante.

Premièrement, *Doing Medical History from below* peut apparaître comme un titre légèrement trompeur : on y trouvera encore moins de choses que dans J.P. Peter sur la façon dont l'immense majorité des Européens vivaient la maladie et la santé. En dehors des aspects programmatiques et méthodologiques susmentionnés, Porter fait surtout usage du journal de Samuel Pepys¹⁶³², pas exactement un représentant du « bas » de l'échelle sociale. C'est d'ailleurs un trait caractéristique de la plupart des travaux contenus dans *Patients and practitioners* : ceux qui, ne se focalisant pas sur les aspects religieux de la maladie, fournissent des éléments intéressants sur l'expérience du malade dans ses dimensions sociales, familiales, etc.¹⁶³³ traitent de familles relativement aisées, voire très aisées. Autrement dit des catégories sociales relativement proches de ceux-là mêmes qui les soignaient¹⁶³⁴. Les conclusions de l'étude des soixante-dix premières années (1731-1800) du *Gentleman's Magazine* par Porter, qui selon lui « offrent l'image d'un savoir médical diffusé à travers le domaine public, suscitant une participation extensive des profanes en l'absence manifeste de

sway in the medical marketplace. Obviously, this was so much easier when medical learning was unspecialized, medical theories such as humoralism the lingua franca of the laity as well as of the faculty, and where doctors lacked gleaming technology and miracle cures to bolster their mystique, having to rely on expectant therapy and the healing power of nature. Patient power, and the fawning servility it forced upon physicians, levelling them with clients and tradesmen, irked the doctors. » On y reviendra par la suite, mais le Jewson dont Porter fait usage est celui qui étudia le système de patronage (Jewson 1974), pas celui qui se renouvela la réflexion sur la disparition du malade (Jewson 1976) dont Porter traite. Péchés véniels : il référence les deux, et le second avant le premier.

1631 R. Porter 1985a, p.183.

1632 (1633-1703), haut fonctionnaire de l'amirauté anglaise, président de la *Royal Society*.

1633 McCray Beier 1985 ; Lane 1985.

1634 Les médecins n'étaient pas, sous l'Ancien Régime et jusqu'à la Restauration incluse, de grands notables (quoique la chose soit moins vraie pour Paris), cf. Bergeron, Léonard & Darquenne 1977. Néanmoins les études de médecine, longues et coûteuses, supposaient une certaine aisance financière, tout comme l'exercice même de la médecine, qui souvent ne pouvait être la seule source de revenus. cf. par ex. Coury 1968.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
barrière insurmontable entre profanes et professionnels »¹⁶³⁵, peuvent être questionnées. Effectivement, le magazine relaie les questions médicales du moment (pas uniquement les académiques) sur le charlatanisme, les remèdes efficaces contre des maladies a priori peu graves et non vénériennes, etc. Un lectorat attentif et intéressé par les questions de santé telles qu'elles sont formulées par la médecine, en somme. C'est intéressant, mais peu surprenant pour une publication qui « peut sans nul doute être dite représenter les opinions modérées de l'élite instruite des Lumières, le goût éclectique de quiconque ayant le statut, l'éducation ou la présomption de se considérer distingué »¹⁶³⁶, et dont un nombre non négligeable de contributeurs sont... des médecins.

Deuxièmement, Porter est parfaitement fondé à dire que l'absence de sources écrites par les objets d'une étude historique ne la rend pas *de facto* impraticable : *a priori* les méthodes du « paradigme indiciaire »¹⁶³⁷ de Ginzburg doivent pouvoir rendre compte – au moins partiellement – de l'expérience du malade pauvre. Simplement, force est de constater qu'il ne les a pas utilisées. Pas plus que ne l'a fait Joy Harvey pour le XIX^e siècle dans *Constructing Paris Medicine* : la présentation qu'elle reprend à Du Camp de « l'expérience de l'individu tentant d'entrer à l'hôpital, l'admission pour les urgences, les consultations gratuites pour les pauvres faites par l'élite du monde médical et chirurgical »¹⁶³⁸ n'est pas celle de l'expérience de l'individu admis, mais celle que s'en fait une figure littéraire de la seconde moitié du XIX^e.

Ceci pour établir que la littérature sur l'expérience de l'hospitalisation du point de vue des premiers intéressés est extrêmement réduite, et que les esquisses qui vont suivre ne trahissent

1635 R. Porter 1985c, p.164 : « the first seventy years of the *Gentleman's Magazine* offers a picture of medical knowledge diffused throughout the public domain, with extensive lay participation and not insuperable boundaries between lay and professional. »

1636 R. Porter 1985c, p.141. Sans mentionner le fait que Porter ne mentionne pas le décalage parfois considérable entre les opinions présentées dans une publication, et celles de son lectorat. Sur ce point, voir par ex. Blondiaux 1998, pp.134–138.

1637 Ginzburg 2010, pp.218–294.

1638 Harvey 1998, p.329.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
pas un désintéret voire un mépris pour l'expérience de l'hospitalisé, simplement qu'une investigation plus poussée aurait requis un tout autre travail, d'une ampleur beaucoup trop vaste pour être mené à bien dans le cadre de notre entreprise.

2.3.2.1 Les caractéristiques de la population hospitalisée

Les caractéristiques – mais non les mobiles, donc – de la population admises dans les hôpitaux ont déjà été étudiées par L. Boulle sur la base des registres existants pour la Charité, Necker, Beaujon et Saint-Antoine et la période qui nous occupe¹⁶³⁹, et magistralement par Claire Barillé pour Tenon et Lariboisière pour la période immédiatement postérieure, aussi nous ne mentionnerons ici que ses principales conclusions de la première. Elle révèle une population principalement masculine, mais qui se féminise au cours de la période, avec une légère surmortalité féminine. Sous le rapport sur statut matrimonial, ce sont sans surprise les célibataires qui forment le gros des admissions, les tranches d'âge les plus concernées étant « pour les deux sexes, entre 20 et 29 ans, à un degré moindre, entre 30 et 39 ans »¹⁶⁴⁰.

Les hospitalisés proviennent majoritairement la capitale, quoique la proportion d'habitants de la petite couronne augmente après 1820-1825, les régions hors Île-de-France les plus pourvoyeuses étant celles du nord de la Loire. Le nombre de malades étrangers n'est pas négligeable : 6,6% des malades de la Pitié en 1811 sont nés hors de France, et les étrangers forment près de 20% des entrées de la clinique de la Charité de 1807 à 1811¹⁶⁴¹, et 2 à 4% de celles de la Charité (hôpital où on reçoit le plus d'étrangers) dans les années 1830. Presque tous des hommes, le profil socioprofessionnel des étrangers hospitalisés les rapproche des

1639 Boulle 1986, chap.V.

1640 Boulle 1986, p.74.

1641 Boulle 1986, p.82.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ? nationaux. En effet, même si les regroupements sous des groupes professionnels recouvrent des réalités très variées (sans mentionner l'hétérogénéité des parcours individuels), ce sont effectivement souvent les mêmes catégories que l'on voit recourir à l'hospitalisation, que ce soit à travers les registres d'admission comme l'a fait L. Boulle ou tels qu'ils sont relatés dans les comptes moraux¹⁶⁴² : petits artisans, domestiques, ouvriers, en majorité célibataires et ayant entre 20 et 40 ans, avec des différences entre établissements. Les domestiques représentent ainsi entre 15 et 25% des entrées à travers la période (avec de fortes variations il est vrai), moins de 15% à Saint-Antoine, dans près des faubourgs les plus populaires.

Nous l'avons déjà dit, c'est surtout la pauvreté qui forme la caractéristique principale de la population hospitalière. Catherine Duprat, sans pouvoir toujours distinguer la part qui revient aux hôpitaux et celle des hospices, confirme ce profil pour le milieu de la période, avec une surreprésentation des professions « mécaniques » (84%), dont 52% d'ouvriers divers, 17% d'hommes de force et journaliers et 14% de gens à gage et de louage (essentiellement des couturières, cordonnières et blanchisseuses). Mais aussi 15% de professions libérales (i.e. exerçant une activité non manuelle, dont 1% d'instituteurs, 2% d'ecclésiastiques, 5% activités de l'industrie et du commerce, surtout très petit commerce dont beaucoup de fruitiers). Elle souligne la « stabilité sociale de cette population » au moins jusqu'en 1840, où, à l'Hôtel-Dieu, 87% des admis exercent des professions mécaniques (dont 52% d'artisans, ouvriers et ouvrières, 20% hommes de peine et journaliers, 15% hommes à gages et domestiques), 10% des professions libérales (1% d'activités de service et 9% de commerciales dont 6% de détaillants ambulants) et seulement 1% sont déclarés sans profession¹⁶⁴³. Elle remarque ne pas avoir relevé une seule personne de la « classe moyenne » et conclut : « à n'en pas douter, la

1642 L'année 1820 est une des rares pour laquelle les professions les plus représentées soient mentionnées, cf. AAP bibliothèque finances 15U.

1643 Les 2% restant sont indéchiffrables.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ? clientèle des hôpitaux, telle qu'elle ressort de leurs archives, est bien celle des Parisiens les plus nécessiteux »¹⁶⁴⁴. Analyse confirmée par la proportion des décédés dans les hôpitaux et hospices inhumés gratuitement dans les fosses communes : 2/3 de 1839 à 1842¹⁶⁴⁵.

La démographie hospitalière est donc largement différente de celle dont l'histoire de ces trente dernières années s'est prioritairement occupée dans l'examen du rapport des hommes à la santé. Pourtant, les tendances révélées par l'historiographie s'étendent partiellement au-delà de la clientèle privilégiée. Les rares analyses des populations hospitalisées et des comportements de soins dans le cadre des premiers systèmes de médecine sociale (mutualité, assistance) infirment l'idée d'une opposition frontale de la population à la médecine et y substituent l'hypothèse d'une demande croissante de santé. La seule étude dont nous ayons connaissance, bien que portant sur une période légèrement postérieure (1866-1936) indique non seulement que l'instabilité professionnelle et les aléas locaux expliquent le recours à l'hôpital autant que la misère et la désaffiliation (pour reprendre le concept de Castel 1999) – ce que l'on pouvait déjà savoir des données issues des registres d'admission – mais aussi et surtout qu'entrer à l'hôpital était aussi une marque de choix et d'intégration sociale¹⁶⁴⁶.

Ceci étant posé, il reste à examiner si les hospitalisés furent effectivement ces objets passifs et inertes intégrés de fait (voire de force) dans des structures n'ayant aucun égard pour eux, que l'analyse des mesures médico-administratives qui précède pourrait éventuellement laisser penser.

1644 Duprat 1997, p.21.

1645 Duprat 1997, p.30.

1646 Faure, Dessertine, Milan, et al. 1991.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

Colin Jones a bien synthétisé un des effets pervers des analyses d'Ackerknecht et de Foucault sur la transformation de l'hôpital dans les années 1790 : mettre l'accent sur une différence de vue, « les hommes de l'art cherchant à établir le “regard clinique” aux dépens de l'approche traditionnelle, protectrice du soin hospitalier représenté par les sœurs et/ou les administrateurs charitables »¹⁶⁴⁷ et en déduire une opposition implicite entre personnels et administrés (que ce soit entre infirmières et patients ou entre médecins et patients). Or, pour Jones, ce qui est frappant dans l'hôpital du XVIIIe et XIX c'est la variété des modes de relation entre ces acteurs, que l'on ne peut réduire à des oppositions systématiques. Nous nous plaçons ici dans cette perspective et souhaitons indiquer quelques-uns des multiples aspects de la relation entre l'hôpital et les hospitalisés en ce début de XIX^e siècle.

Il nous semble qu'il faut partiellement détacher la question de l'effet épistémologique de la médecine hospitalière – sous ce rapport – tel que l'expose Jewson, des analyses qu'ont pu en faire Foucault ou plus récemment G. Chamayou.

Pour Foucault, l'essentiel du problème de la place accordée au malade hospitalier doit être abordée sous l'aspect du contrat et de l'évaluation du risque :

« Le problème moral le plus important que l'idée clinique avait suscité était celui-ci : de quel droit pouvait-on transformer en objet d'observation clinique un malade que la pauvreté avait contraint de venir demander assistance à l'hôpital ? Il avait requis une aide dont il était le sujet absolu dans la mesure où elle avait été conçue pour lui ; et on le requiert maintenant pour un regard, dont il est l'objet et l'objet

1647 Jones 1996a, p.64 : « one consequence of accepting the Foucault-Ackerknecht view of the radical transformation of the hospital in the 1790s is to highlight the struggle between differing conceptions of the hospital, with medical men seeking to establish the « clinical gaze » at the expense of the traditionalist, custodial attitude toward hospital care represented by nursing sisters and/or charitable administrators »

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

relatif puisque ce qu'on déchiffre en lui est destiné à mieux connaître les autres. Il y a plus : la clinique, en l'observant, recherche ; et cette part qu'elle fait à la nouveauté, l'ouvre sur le risque. [...] Puisque la maladie n'a de chance de trouver guérison que si les autres interviennent avec leur savoir, avec leurs ressources, avec leur pitié, puisqu'il n'y a de malade guéri qu'en société, il est juste que le mal des uns soit transformé pour les autres en expérience. [...]

Voilà donc les termes du contrat que passent richesse et pauvreté dans l'organisation de l'expérience clinique. L'hôpital y trouve, dans un régime de liberté économique, la possibilité d'intéresser le riche ; la clinique constitue le reversement progressif de l'autre partie contractante ; elle est, de la part du pauvre, l'*intérêt* payé pour la capitalisation hospitalière consentie par le riche ; [...] il s'agit d'un dédommagement qui est de l'ordre de l'*intérêt objectif* pour la science et de l'*intérêt vital* pour le riche. L'hôpital devient rentable pour l'initiative privée à partir du moment où la souffrance qui vient y chercher apaisement est retournée en spectacle. Aider finit par payer, grâce aux vertus du regard clinique. »¹⁶⁴⁸

L'argument est naturellement quelque peu outré : le financement des hôpitaux par l'initiative privée¹⁶⁴⁹ ne date pas de la clinique, et régresse même tout à fait au moment où Foucault la voit émerger, au profit d'un financement par l'État et les collectivités locales¹⁶⁵⁰. Et quand les administrateurs tentent de renouer précisément avec les capitaux que « le riche » pourrait leur apporter, ils ne font pas appel à l'intérêt mutuel bien compris mais aux valeurs morales et philanthropiques¹⁶⁵¹. Sur le fond, l'argument n'est pas totalement invalidé pour autant, mais il aurait probablement fallu en revoir les parties contractantes en faisant un détour complexe par les fondements et les fonctions des politiques publiques de santé. Le créancier du malade pauvre hospitalisé devient alors moins le riche que la société (ou la nation) à laquelle il appartient¹⁶⁵². Société qui encourage potentiellement une politique du risque défavorable à l'hospitalisé, et à double titre :

Premièrement parce que s'il y a contrat, il y a en l'espèce effectivement contraction d'une

1648 Foucault 2003 [1963], pp.84–86.

1649 En France au moins, scène de *La naissance de la clinique*, en Allemagne aussi, beaucoup moins voire pas du tout au Royaume-Uni.

1650 cf. supra section 1.2.1.2

1651 cf. supra section 1.3.1.4

1652 Peut-être un peu moins de plein droit que le riche, il est vrai...

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

dette que le prolétaire ne peut espérer rembourser autrement qu'avec son corps, lui qui n'a alors même plus sa force de travail, ce qu'exprime sans ambages Chambon de Montaux, sur lequel Foucault s'appuie largement :

« Qu'est-ce qu'un malade indigent ? (Il s'agit ici d'un indigent dans les Hôpitaux.) C'est un citoyen qui se trouve dans l'impossibilité de continuer les travaux nécessaires, pour se procurer les moyens de subvenir à ses besoins. [...] Mais comme il n'appartient à personne spécialement, personne n'a contracté envers lui l'obligation de l'aider, quand il cesseroit d'être utile. [...]

L'indigent n'a donc de ressources, que dans la bienfaisance de l'État ; si ces ressources sont ouvertes à ses nécessités, il devient redevable à l'État, des secours qu'on lui donne. [...]

L'homme souffrant ne cesse pas d'être citoyen. Or, s'il existe une manière d'agir, à l'aide de laquelle il puisse encore contribuer au bien public, ses infirmités ne le dispensent pas de remplir un devoir que l'humanité lui impose. L'histoire des souffrances auxquelles il est réduit, est nécessaire à ses semblables, parce qu'elle leur apprend quels sont les maux dont ils sont menacés : le récit de ses douleurs leur devient d'autant plus intéressant, qu'il est joint à celui des moyens qui ont opéré son salut. Aucun homme ne pourroit, sans crime, conserer le secret d'une instruction qui auroit pour objet le bien de l'humanité : il ne mériteroit plus aucune part dans les offices mutuels qu'on se rend réciproquement. Il deviendroit ingrat, par qu'il auroit joui des avantages qui résultent de la sociabilité, sans payer le tribut de reconnaissance qu'il doit en tout tems. »¹⁶⁵³

Secondement parce qu'à partir du Directoire il découle de la structure des régimes politiques de la période, même démocratiques, que toute délégation politique de pouvoir dans les phases successives du processus aboutissant à la désignation des représentants de la nation auxquels il appartient de statuer sur les fondements et les fonctions des politiques publiques de santé susmentionnées, se fait en général au profit d'un plus riche¹⁶⁵⁴.

G. Chamayou, commence son livre sur l'histoire et le statut de l'expérimentation en médecine au dix-neuvième siècle en définissant son objet : « Les corps vils, ce sont les condamnés à mort, les bagnards, les détenus, les orphelins, les prostituées, les internés, les

¹⁶⁵³ Chambon de Montaux 1787, pp.170–172.

¹⁶⁵⁴ C'est le principe même de la démocratie censitaire. Cf. par ex. Rosanvallon 2001, pt. II : le répertoire des expériences.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ? patients de l'hôpital, les paralytiques, les esclaves, les colonisés, les moribonds qui ont historiquement servi de matériel expérimental pour la constitution de la science médicale moderne »¹⁶⁵⁵. Le chapitre qu'il consacre aux patients d'hôpital¹⁶⁵⁶ repose essentiellement sur les analyses (et les sources) de Foucault précédemment mentionnées. Poursuivant la veine marxiste qui teinte son ouvrage, il pousse un peu plus loin l'argument du capital médical avancé par Foucault en affirmant qu'étant « donné que l'internement de l'indigent ou du malade a un coût, peut se poser le problème de son amortissement : comment financer le coût des soins, amortir les dépenses de l'assistance publique ? Une des réponses classiques a consisté à exiger des pensionnaires de ces institutions [hôpital, hospice, orphelinat, asile] qu'ils travaillent pour financer, au moins en partie, le coût de leur prise en charge »¹⁶⁵⁷. Ce qui est faux pour les hôpitaux, qui constituent le cœur de son analyse, et précisément pour les raisons qui les distinguent des hospices et que nous avons déjà exposées¹⁶⁵⁸. On ne fait pas travailler les malades, précisément parce qu'ils doivent pouvoir aller travailler au plus vite, sur le marché de l'emploi. Et si on fait effectivement travailler les pensionnaires des hospices, des orphelinats et des asiles, c'est autant pour des raisons morales que de financement du coût des soins¹⁶⁵⁹.

Quand on examine la question du rapport des administrés du CGH à leur administration, des malades et invalides à l'hôpital et à l'hospice, la chose la plus frappante – au-delà de la rudesse des règlements – est l'engouement (au sens médical et littéral du terme) dont ils sont l'objet, bien plus que l'inhumanité des traitements que l'on y subit : il n'y a jamais assez de lits

1655 Chamayou 2008, p.7.

1656 pp. 163-195, et emblématiquement intitulé « L'expérience clinique et le contrat d'assistance ».

1657 Chamayou 2008, p.165.

1658 cf. supra sections 2.1.2 et 2.1.3

1659 cf. supra p.331.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
d'hôpitaux et d'hospices. Non pas qu'ils y entrassent de gaîté de cœur, mais on peut au moins créditer les malades et les indigents de savoir où se trouvait leur intérêt à court terme : à une époque où la médecine n'avait pas une réputation d'omnipotence, on les voit mal, même souffrants, aller sciemment se transformer en cobayes ou en forçats.

Comme l'écrit Patrice Pinell

« Tous les travaux l'ont mis en évidence, dans la hiérarchie de l'institution, le malade occupe une position doublement dominée, comme malade face au médecin et comme pauvre face aux différents représentants des classes dominantes [...]. Mais il est un autre aspect de la relation des classes populaires à l'hôpital qui semble n'avoir pas retenu l'attention des historiens et des sociologues. Les données dont on dispose sur le nombre de lits (100 000 en 1788, 200 000 à la fin du XIXe siècle) et sur la récurrence du thème du manque de place donnent à penser que des centaines de milliers de pauvres font appel chaque année aux services des hôpitaux et des hospices. Ce qui signifie que le rapport des classes populaires urbaines à la médecine moderne, qui ne pouvait guère passer (sinon exceptionnellement) par une médecine libérale hors de leurs ressources, s'est construit à travers leur utilisation de l'hôpital et que les individus l'ont intériorisé dans le processus de leur socialisation (et d'autant plus complètement si, enfants, ils ont été traités à l'hôpital). Cette situation sort de l'épure classique de la sociologie des professions, où la constitution de la profession médicale est toujours pensée dans les termes d'une offre de service faite par des experts à une clientèle, ignorant du même coup une dimension tout aussi essentielle : à savoir que la médecine se construit conjointement à partir d'un rapport non marchand entre une institution publique (dont les agents tirent des profits symboliques considérables de leur travail auprès des patients) et des usagers pauvres pour qui cette institution constitue une des rares ressources dont ils disposent face à la maladie. »¹⁶⁶⁰

On souscrit presque sans réserve¹⁶⁶¹ à ces vues, et il suffit de consulter quelques cartons de la série F¹⁵ des archives nationales pour constater le nombre considérable de demandes d'admission dans les hospices, y compris par des personnes qui ont pu jouir d'une certaine éducation et d'un certain statut. C'est le cas parmi une foultitude, du citoyen Turquin, qui se

¹⁶⁶⁰ Pinell 2009, pp.324–325.

¹⁶⁶¹ Précision faite que la rareté des ressources médicales alternatives ne peut s'entendre que dans le cadre urbain, et encore. cf. Ramsey 2002, pp.204 & sq. en particulier.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ? présente comme le fondateur de l'école de natation de Paris (dont l'Académie des sciences a accepté les plans) et qui demande à toute force, pendant plus de quinze mois, son admission aux Incurables en faisant successivement appel au CGH, au préfet et au ministre¹⁶⁶².

De même, on a trace de demandes expresses d'admission dans les hôpitaux, provenant des malades eux-mêmes, souvent habitant d'autres départements et qui souhaitent se faire soigner à Paris, signe de la réputation du service médical rendu. Il s'agit souvent de pathologies oculaires, et notamment la cataracte, dont la Charité s'était fait une spécialité. Pour 1814 par exemple, le ministre de la guerre écrit au CGH pour lui demander l'admission d'un gendarme de la Sarthe atteint de cataracte, et qui demande à être soigné à « Saint-Côme » (i.e. la clinique de l'école de Médecine). Le Conseil renvoie alors la demande à la Faculté (il avait la gestion financière de la clinique, mais pas la direction opérationnelle), qui accorde effectivement l'admission¹⁶⁶³. En février 1815, le préfet de Paris répond à son homologue de l'Eure qui lui a demandé (visiblement cinq ans plus tôt) où pouvait être soignée la cataracte de Charles Firmin Buchot, cordonnier et « malheureux père de famille [qui] ne peut espérer recouvrer la vue que dans le cas où il serait admis et traité gratuitement dans un des hospices de Paris où l'on a coutume de faire cette opération »¹⁶⁶⁴. Le requérant se voit garantir une opération à la Charité, moyennant le paiement par sa préfecture de domiciliation le paiement du prix de journée de 1.2F (basé sur celui des militaires).

1662 Arr. CGH 1663 du 13 fructidor an XI (31 août 1803), AAP 136 FOSS⁵ F°189.

1663 AN F¹⁵ 1922.

1664 AN F¹⁵ 1923.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

2.3.2.2 Expérimentations & attentions

Le statut du malade dans le cadre de la médecine hospitalière est donc très ambigu. Objet construit¹⁶⁶⁵, il est aussi l'objet d'attentions.

On utilise le vocable expressément ici dans son antonymie avec celui de sujet. Non pas pour dénier toute expression subjective aux hospitalisés (comme les pages précédentes l'indiquent) mais pour indiquer que bien qu'elle ait été un facteur avec lequel l'institution dut composer (cf. section suivante), elle ne fut pas sa principale préoccupation. Ce qui ne veut pas dire pour autant qu'elle tint les malades pour quantité négligeable.

La référence obligée de nombre des analyses que nous avons mentionnées dans les pages précédentes reste Nicholas Jewson, pour lequel l'hôpital fut un élément majeur du passage dans la pensée médicale occidentale d'une « cosmologie orientée vers l'individu » à une « cosmologie orientée vers des objets »¹⁶⁶⁶. En ce sens, l'institution est au fondement des médecines hospitalière comme de laboratoire – que l'histoire de la médecine appréhende souvent uniquement comme deux médecines en compétition – et de la « disparition du malade » dans la pratique médicale.

Pour Jewson, l'institution hospitalière opéra sur la médecine une double transformation : premièrement par la subordination du malade au médecin et le subséquent recadrage du savoir médical de la souffrance à des « entités ésotériques définies par les perceptions »¹⁶⁶⁷ du médecin ; deuxièmement par l'établissement d'une hiérarchie professionnelle stricte imposant une doctrine relativement uniforme. Naturellement, c'est la première qui est la pierre angulaire

1665 cf. supra section 2.1

1666 Jewson 1976, p.232.

1667 Jewson 1976, p.234.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

de son propos, et il la décline en deux phases. La première est une sociale, ou sociologique :

« Les milliers de malades pauvres et de défavorisés accueillis dans les hôpitaux n'avaient guère l'opportunité d'exercer le moindre contrôle sur les activités du personnel médical. L'impuissance des patients, combiné à l'énormité du système hospitalier, fournirent aux cliniciens un fond inépuisable de matériel de recherche docile. [...] L'interaction entre les cliniciens et les patients hospitaliers fut organisée autour d'un réseau de statuts définis et de modes de déférence strictement prescrits. [...] La garantie publique de sécurité et d'efficacité des théories et des thérapies ne reposait plus sur l'approbation de leur contenu par le patient, mais sur le statut social de leurs auteurs et partisans. La nouvelle réputation professionnelle du clinicien eut son pendant dans l'émergence d'un rôle nouveau pour le malade, celui de patient. »¹⁶⁶⁸

La seconde est épistémologique, ou, pour reprendre littéralement sa formulation, « reflète ces réalignements sociaux dans le système cosmologique de la médecine hospitalière » : en s'intéressant aux lésions des tissus et des organes, l'anatomo-clinique remplaça le pronostic et la thérapeutique par le diagnostic et la pathologie, alors

« la personne malade ne fut plus considérée comme une synthèse singulière de sensations porteuses de sens. On lui substitua un malade générique perçu comme un médium unitaire à l'intérieur duquel les maladies se manifestaient. La consultation prit la forme d'un exercice de traitement de l'information dans lequel l'ambiguïté et l'individualité de chaque cas étaient systématiquement éliminées par l'application de procédures diagnostiques préétablies, dont la fonction était d'allouer le patient à une catégorie du système nosologique. C'était en tant que membre de cette catégorie, c'est-à-dire comme cas adapté à un traitement, qu'il poursuivrait le restant de sa relation avec son médecin. »¹⁶⁶⁹

1668 Jewson 1976, p.235: « The thousands of poor and destitute sick housed within the hospitals had little opportunity to exercise control over the activities of the medical staff. The powerlessness of the patients, combined with an enormous size of the hospital system, provided the clinicians with an inexhaustible fund of acquiescent research material. [...] Interaction between clinicians and hospital patients was organized around a nexus of formally defined statuses and strictly prescribed patterns of deference. [...] basis of his individually proven worth. The public guarantee of the safety and efficacy of theories and therapies no longer rested upon the patient's approval of their contents, but upon the social status of their authors and advocates. The new occupational standing of the clinician was matched by the emergence of a new role for the sick-man, that of patient. »

1669 Jewson 1976, p.235: « special qualities of the individual case were swallowed up in vast statistical surveys. In short the sick-man was no longer regarded as a singular synthesis of meaningful sensations. Instead the sick in general were perceived as a unitary medium within which diseases were manifested. The consultative relationship took the form of a processing exercise in which the ambiguity and individuality of each case was systematically eliminated by the application of fore-known diagnostic procedures, the function of which was to allocate the patient to a category within the nosological system. It was as a member of that category,

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

Deux précisions peuvent ici être apportées. D'abord, comme on le verra plus loin, on peut dire que ce n'est pas seulement comme pourvoyeur de lésions que l'hôpital participa de la tendance de la médecine à ne plus, ou à moins considérer l'individualité des malades, mais également par les procédures administratives qui y avaient cours dans pour lesquelles, déjà, tout administré est semblable¹⁶⁷⁰. Ensuite, on a vu plus haut que l'axiome de la passivité du malade hospitalier avait été sérieusement remis en question par l'histoire de la santé dans les décennies qui suivirent la parution de l'article de Jewson.

Ce qui ne réduit pas à néant la pertinence des propos de Jewson : dire que les malades ne furent pas réduits à l'état d'objets complètement malléables pour l'investigation clinique, qu'ils y voyaient dans l'hôpital une solution dans les situations de détresse n'est pas dire que ce n'est pas *aussi* une fonction qu'eut, tendanciellement, l'hôpital.

L'illustration la plus frappante pour nos contemporains de cette disparition du malade dans la médecine hospitalière puis la médecine de laboratoire est probablement l'usage des expérimentations thérapeutiques, étudiées récemment, dans la veine foucaldienne et pour la période qui nous occupe par G. Chamayou. Plus précisément, dans le cadre de Paris et de ses hôpitaux, D. Weiner a bien exposé que les cliniciens firent des expériences parfois dangereuses sur leurs patients. Ce fut le cas des tentatives de vaccination contre la variole sur des enfants pratiquées par Pinel ou Leroux¹⁶⁷¹, lors de l'épidémie de l'An VI. De même dans la clinique pour le traitement des vers établie à Saint-Louis entre 1809 et 1813, le traitement de

i.e., as a suitable case for treatment, that he conducted the remainder of his relationship with his practitioner. »

1670 cf. infra sections 3.2.2.2 et 3.3.1

1671 cf. Weiner 1993, p.181.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

735 enfants teigneux par la pommade dépilatoire de Mahon dans le même hôpital¹⁶⁷², ou encore l'inoculation de la syphilis à 10 patients dans l'hôpital des maladies vénériennes de Cullerier en l'An VII.

« Dans tous ces cas, la décision d'assujettir ces patients-citoyens à des procédures nouvelles ou risquées pour la promotion du savoir et le bénéfice de la société fut prise en leur nom par des médecins convaincus que l'action était justifiée. Ils prenaient pour argent comptant que les hospitalisés devaient servir à former les jeunes docteurs. Des essais de nouveaux médicaments avaient souvent lieu, et ils impliquaient des risques. Nous n'avons aucune preuve que les médecins, autour de 1800, pensaient nécessaire de requérir le consentement éclairé de son patient-citoyen. »¹⁶⁷³

La situation est plus nuancée qu'il n'y paraît, parce que les essais sur les hospitalisés ne datent naturellement pas de la fin du XVIII^e siècle, et que l'attitude des médecins comme des administrateurs ne fut pas univoque.

Marcel Fosseyeux écrit qu'au dix-septième siècle déjà, « en dehors des remèdes habituels, l'Hôtel-Dieu fut un vaste champ d'expérience pour les remèdes nouveaux »¹⁶⁷⁴. Le plus connu reste probablement Helvétius qui y teste en 1687, sur demande royale et avec l'accord du Bureau, l'ipécacuana. En 1681 le Bureau l'avait autorisé, mais uniquement pour le traitement des fièvres, et sur avis des médecins. Au XVIII^e siècle il doit lutter contre la présence d'étrangers dans les salles qui prescrivent des médicaments, rappelle le rôle de l'apothicaire en ces domaines. Ce dernier refuse en général tous les médicaments non approuvés par la Faculté à l'exception notable, en 1778 d'un remède spécifique contre les maladies scorbutiques et

1672 Les mêmes Mahon frères qui furent chargés du traitement de la teigne au Bureau Central d'Admission. cf. supra section 1.3.1.5.2, et dont le remède était visiblement beaucoup moins cruel que la méthode traditionnelle : appliquer un emplâtre de poix pour arracher les cheveux avec les racines. cf. Beauvalet-Boutouyrie 2003, p.497.

1673 Weiner 1993, p.181 : « In all these cases, the decision to subject these citizen-patients to new or risky procedures for the advancement of knowledge and for the benefit of society was taken on their behalf by medical men convinced that the action was justified. They took it for granted that inpatients should serve to train young doctors. Trials of new medications and therapies occurred frequently and they involved risks. We have no evidence that physicians, around 1800, felt it necessary to ask for a citizen-patient's informed consent. »

1674 Fosseyeux 1912, p.324.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
scrofuleuses offert par Pelletan, d'un autre de Doulcet contre la fièvre puerpérale en 1782.

De fait, le Conseil Général semble avoir été relativement laxiste sur l'expérimentation, faisant souvent droit aux demandes, régulièrement appuyées il est vrai par le ministre ou le préfet. De la même façon qu'à Lyon, on autorise régulièrement l'essai de remèdes qui n'ont pas été mis au point par des médecins diplômés¹⁶⁷⁵. Ainsi, en sus des essais susmentionnés, on aurait pu mentionner ceux d'un M. Galé, autorisé en 1813 à faire des expériences aux Enfants-Trouvés pour le traitement des dartres, sur recommandation du préfet¹⁶⁷⁶, ou Darbon, sur le ténia en 1824 à la Charité¹⁶⁷⁷.

Le climat semble avoir changé après 1825. Sans que l'on sache si la décision était motivée par quelque cas particulièrement préoccupant, ou de lutter contre le développement désordonné d'essais souvent laissé à l'arbitraire des seuls médecins, le CGH tenta de limiter la pratique des essais en les conditionnant à son autorisation expresse. Le 19 octobre 1825, officiellement motivé par le devoir de l'administration des établissements hospitaliers « d'en écarter tout ce qui pourrait altérer la confiance et troubler la sécurité des individus qui y sont admis [... et] l'intérêt de la société et des pauvres eux-mêmes de ne point repousser sans examens tout ce qui peut contribuer aux progrès de la science et au plus grand soulagement des malades et des infirmes », il arrêta que « aucun essai, en médecine ou en chirurgie, ne pourra être fait dans les hôpitaux et les hospices sans une autorisation spéciale du Conseil général, qui prendra, avant de prononcer, l'avis d'une commission de médecins et chirurgiens, désignée par lui, et présidée par le membre du Conseil chargé du service de santé »¹⁶⁷⁸ Le

1675 Faure 1981, pp.100–102.

1676 Arr. CGH 14016 du 15 septembre 1813, 136 FOSS³² F°115.

1677 Louis 1826, pp.530–558.

1678 Husson 1862, p.198, commission qui prendra plus tard un caractère pérenne et la dénomination de

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

changement sera inscrit dans le règlement du service de santé de 1830 qui prévoit en son article 17

« qu'aucun médicament ne peut, sans l'autorisation du Conseil général, être ordonné ni préparé hors des termes des prescriptions du *Codex* et du *Formulaire* particulier [...]. Dans sa première séance du mois de janvier de chaque année, le Conseil nomme, pour l'examen des médicaments extraordinaires dont l'usage peut être proposé dans le cours de cette même année, une Commission de trois Médecins et deux Chirurgiens. Le Pharmacien en chef fait toujours partie de cette commission. »¹⁶⁷⁹

Si les motifs ne sont pas très clairs, les effets de la décision furent réels. Deux ans plus tard, c'est ce même arrêté qui allait entraîner la suspension des essais de magnétisme pratiquée par la commission de l'Académie Royale de Médecine. À l'instigation de Foissac, et avec le soutien de Husson, médecin-chef de l'Hôtel-Dieu, l'Académie avait remis sur pied une commission sur le magnétisme, chargée de reprendre la question que l'on croyait tranchée depuis les travaux de la Société Royale de Médecine de 1784 sur le mesmérisme. Alors qu'en 1827 Foissac veut accéder aux hôpitaux pour lancer ces expérimentations, « Magendie [lui] fit observer qu'on ne pouvait commencer aucune expérience avant d'en avoir obtenu l'autorisation du Conseil général des hôpitaux ». Il eut beau protester de l'ignorance des administrateurs en la matière, arguer du fait qu'ils « avaient voulu seulement prévenir la manie des expériences dangereuses ; ce qui n'empêchait aucun médecin, ni M. Magendie lui-même, d'en faire sans leur autorisation ; qu'on employait tous les jours, sans scrupule, les poisons les plus redoutables, bien que leur utilité cependant fut qu'il que douteuse, tandis qu'on semblait craindre que de légères frictions faites par une main bienveillante ne causassent de graves accidents »¹⁶⁸⁰, rien n'y fit, Magendie estima qu'on devait en informer le Conseil. La commission de l'académie, avertie, jugea prudent de n'en rien faire, ayant visiblement en tête

« commission des remèdes nouveaux », avec des nominations à l'année.

1679 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830, pp.12–13.

1680 Foissac 1832, pp.109–110. Notons en passant que le fait que Magendie – un des principaux médecins et physiologistes de la période, se refuse à ignorer totalement les directives administratives laisse supposer qu'elles n'étaient pas dénuées de tout effet.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

la fin des essais faits à l'Hôtel-Dieu et à la Salpêtrière sur le même sujet au début des années 1820, suite aux exigences de La Rochefoucauld-Liancourt. Fouquier, médecin-chef de la Charité, lui ouvrit malgré tout les portes de l'hôpital. Mais devant s'absenter, il écrit au CGH pour obtenir congés, et demander que les expériences en cours fussent poursuivies. Il se vit essuyer un refus. La commission adressa à son tour une requête en ce sens, souhaitant que les essais soient repris à la Charité et même étendus dans d'autres établissements « afin de réunir un grand nombre de faits et de mettre la commission [...] en état d'éclairer l'académie de médecine sur le jugement qu'il convient aujourd'hui de porter sur le magnétisme. » Elle se vit répondre que « après avoir entendu plusieurs de ses membres sur ce mode de traitement, sur les résultats obtenus jusqu'à ce jour, sur les dangers d'autoriser ou même de tolérer dans les établissements confiés à sa surveillance des essais sur un traitement qui été réprouvé par l'académie des sciences et qui pourrait exciter des réclamations de la part des pauvres malades ou des membres de leurs familles » le CGH ne pouvait consentir à ces essais¹⁶⁸¹.

La décision semble étrange, et pourrait ne traduire qu'une défense des prérogatives du CGH face à l'Académie. Un an auparavant, cette dernière avait elle-même créé une commission sur les remèdes secrets, calquée sur l'antécédent de la Société Royale de Médecine¹⁶⁸². De plus, au moment même où le CGH adressait à l'Académie une fin de non-recevoir, plusieurs essais au long court étaient en cours de réalisation avec son aval : de 1826 à 1830 au moins, on expérimente sur les épileptiques de la Salpêtrière le remède d'un certain

1681 Arr. CGH du 26 décembre 1827, 136 FOSS¹⁰¹ F°813. Avis qu'il reproduira presque à l'identique le 29 juin 1831, suite à la demande d'un médecin, Fabre-Valapert, d'une salle dans les hôpitaux pour faire des expériences d'électricité galvanique, refusée « dans l'intérêt des malades, que les nouveaux systèmes traumatisent [?] souvent et ne guérissent pas toujours », AAP 136 FOSS¹¹⁵ F°836.

1682 Ramsey 1994b, pp.30 & sq. indique clairement que l'article 2 de l'acte fondateur de l'Académie Royale de médecine lui confie, dès sa création en 1820, la réglementation des eaux minérales et des remèdes secrets, mais La Berge 1992, pp.87–89 date la création effective de la commission des remèdes secrets à 1824.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ? Mallent (ou Mollent?). Les négociations afférentes montrent bien que le Conseil Général, sur la question des essais, une fois obtenue l'assurance de l'innocuité du remède suggéré par des membres du corps médical, se contente visiblement de gérer les questions financières et commerciales : le 3 novembre 1826, le Conseil Général prend un arrêté priant les médecins désignés le 28 juin précédent de poursuivre les expériences commencées sur l'efficacité du médicament proposé par Mallent. La base en est le rapport des médecins de la Salpêtrière, desquels la composition du médicament est connue, et qui certifient que ce « spécifique » ne contient « aucune substance nuisible », qu'il a soulagé plusieurs épileptiques, et qu'il convient d'en poursuivre les essais. En vérité, l'objet est le prix du traitement, que le CGH a demandé à son auteur de préciser. Celui-ci indique que comme il veut « qu'un plus grand nombre possible de malades participe aux nouvelles expériences afin de mieux en apprécier les effets », il fournira les médicaments pour 10F par malade et par mois, les médecins, dans leur rapport, proposant qu'on accorde à Mallent une indemnité pour les traitements jusque-là effectués. L'administration ne négociera pas le prix, laissant par ailleurs les médecins juger du nombre de personnes qu'il convenait de sélectionner, mais refusera un paiement rétroactif¹⁶⁸³. Par la suite, seront régulièrement demandés des rapports aux médecins chargés des épileptiques à la Salpêtrière (i.e. Pariset, secondé de Rostand et/ou Magendie), qui, constatant à chaque fois les « heureux résultats » qu'il produit, entraîne le prolongement de l'essai et des paiements¹⁶⁸⁴, jusqu'à ce qu'en 1830 il soit autorisé « jusqu'à nouvel ordre », au même tarif et sur certificat de livraison du remède par le médecin¹⁶⁸⁵.

1683 Arr. CGH du 3 novembre 1826, AAP 136 FOSS⁹⁷ F°252-254.

1684 cf. Arr. CGH 47460 du 19 septembre 1827, AAP 136 FOSS¹⁰¹ F°89 ; Arr. CGH du 6 octobre 1830, AAP 136 FOSS¹¹³ F°47.

1685 Arr. CGH 55208 du 13 octobre 1830, AAP 136 FOSS¹¹³ F°137.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

Mais la procédure n'est pas suivie *que* dans les cas impliquant un fournisseur extérieur et un engagement financier. En septembre 1828, Caillard, médecin de l'Hôtel-Dieu écrit à Desportes, membre de la commission chargé – *inter alia* – de l'Hôtel-Dieu pour lui proposer la mise en place de nouveaux essais pour le traitement de la rage (reposant sur des bains de vapeur et une forme d'isolement laissant transparaître l'influence du « traitement moral » aliéniste) qui permettrait également d'en déterminer le caractère contagieux (ou non). Le CGH demande alors aux chefs de service de l'hôpital de se réunir pour lui présenter les moyens curatifs à mettre en place, afin qu'il statue « au regard de l'arrêté du 19 octobre 1825 qui interdit les nouveaux essais en médecine et chirurgie sans autorisation »¹⁶⁸⁶. Et en 1829, c'est la Faculté de Médecine qui se voit soumise à la décision de la commission sur les remèdes nouveaux¹⁶⁸⁷.

Commission qui se prononce régulièrement contre l'introduction de nouveaux moyens thérapeutiques, soit qu'elle juge qu'ils n'apportent rien par rapport aux existants, soit qu'ils ne satisfassent pas aux exigences de publicité des composants¹⁶⁸⁸, comme ce fut le cas en décembre 1830 : la commission rejette alors des demandes d'essais de remèdes contre la cataracte¹⁶⁸⁹, certaines maladies de poitrine, maladie des yeux ou contre les inflammations, « attendu qu'il existe des traitements pour ces diverses affections et que les médecins chargés des malades peuvent sans le concours de médecins étrangers faire l'application de moyens tous connus dans la pratique » ; et l'essai d'un remède pour la guérison des brûlures et plaies d'armes à feu dont une veuve se disait propriétaire justifiant « qu'il n'y avait pas lieu à faire

1686 Arr. CGH du 10 septembre 1828, AAP 136 FOSS¹⁰⁴ F°771-773.

1687 Arr CGH du 5 novembre 1829, 136 FOSS¹⁰⁹ F°331. La lettre de la Faculté étant des plus vagues sur les essais qu'elle veut réaliser, le CGH lui répond qu'elle devra fournir des échantillons aux médecins de la commission des remèdes.

1688 Comme elle était déjà imposée par la Société Royale de Médecine dès 1776-1778, cf. Ramsey 1980.

1689 Le passif en la matière était lourd et ancien, voir par ex. la demande de rapport de Mourgue sur les opérations faites par Forlenze aux Ménages en 1807 (ce dernier voulait visiblement, à terme, établir un hôpital civil concurrent des 15/20) : sur six patients, « deux paraissent jusqu'à présent avoir quelque succès, deux sont absolument sans effet, et que les deux autres ont occasionné la perte totale de la vue ». AN F¹⁵ 150.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
l'essai du spécifique de cette dame attendu qu'elle ne voulait pas faire connaître les substances qui entrent dans son remède »¹⁶⁹⁰.

L'arrêté de 1825, quels que soient ses motifs, annonce donc bel et bien une tentative rationnelle de distribution des juridictions et de lutte contre l'expérimentation tous azimuts. Les médecins gardent ultimement la main sur les expérimentations, on imagine mal qu'il en fut autrement¹⁶⁹¹, mais l'hôpital n'est pas, même en cette première moitié de XIX^e siècle, un lieu voué à l'expérimentation sauvage.

Et ce d'autant moins qu'administrateurs et médecins ne sont pas sans témoigner à l'occasion un vrai souci du malade confié à leurs soins.

C'est par ce souci que D. Weiner explique une part importante des occasionnelles tensions qui surgirent entre administrateurs et médecins, et l'attention portée à la réfection des bâtiments¹⁶⁹² ou à la nourriture. Pour elle, les premiers, en général favorable à la médicalisation, y voyaient un frein à la religiosité excessive et à l'entretien tatillon des sœurs. Mais ils refusaient que la médecine soit seule juge de la prise en charge des patients. D'où des conflits plus ou moins voilés entre administrateurs et médecins, accusés de remplir les hôpitaux avec trop d'étudiants, d'interférer avec la cuisine... Les médecins demandaient des locaux plus adaptés aux nouvelles techniques diagnostiques. Tout en reconnaissant l'intérêt des demandes formulées par les médecins pour avoir des locaux plus adaptés, des moyens

1690 Rapport au CGH du 8 décembre 1830, AAP 136 FOSS¹¹³ F°649.

1691 Voir la réaction scandalisée de Foissac mentionnée plus haut, p.503.

1692 Alors qu'on l'analyse en général comme investissement dans un patrimoine, éventuellement productif de revenus. C'est clairement la perspective de Bonde 1906, par exemple.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ? techniques nouveaux, etc., le Conseil « promut et défendit le bien-être des patients, luttant pour faire de leur séjour hospitalier une expérience plus décente. Les conseillers entreprirent de ce fait des réparations et rénovations architecturales d'ampleur, firent des dépenses d'ameublement, proposèrent une nourriture de meilleure qualité, et firent plus attention à l'hygiène et à la propreté »¹⁶⁹³.

On peut brièvement donner quelques exemples de prises de position qui jettent une lumière un peu moins univoque sur les motivations des acteurs hospitaliers.

On ne reviendra pas ici sur la posture générale des administrateurs hospitaliers, se présentant comme les avocats de « l'intérêt des pauvres »¹⁶⁹⁴, aussi bien dans la gestion du patrimoine immobilier que dans la condamnation d'éventuels excès de l'instruction clinique : cette posture est une quasi constante, et elle recouvre une grande variété de motivations, plus ou moins éloignées de ce qu'elles se disent être. On prendra simplement quelques exemples d'actions concrètes.

Il est d'abord des mesures d'organisation qui font transparaître une attention au bien-être des malades. Sous ce rapport, en dehors des efforts de rénovation des établissements tels que les lit Weiner, la plus emblématique reste probablement la volonté affichée de faire hospitaliser près de leur domicile les malades admis par le BCA : « Le voisinage du quartier habité par les malades est pris en (sic) considération. On veut, autant qu'il est possible, les

1693 Weiner 1993, p.167: « Medical investigators multiplied their demands for space and renovations as the techniques and instruments for physical diagnosis improved. Anatomists clamored for more autopsy pavilions. While recognizing the validity of these claims, the Hospital Council advocated and protected the patients' well-being, striving to make their hospital stay a more decent experience. The councilors therefore undertook extensive architectural repairs and renovation, purchased new furnishing, provided better food, and paid more attention to hygiene and orderliness. »

1694 Y compris, parfois, contre celui de l'instruction. Cf sur ce point, avec l'exemple de Desault, Gelfand 1980, p.121

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
laisser plus à portée de leurs parents, de leurs amis, de leurs voisins, de tous ceux qui peuvent leur porter quelque intérêt, et vouloir venir les visiter »¹⁶⁹⁵.

Autre illustration : dès avant le legs Montyon en 1819, le CGH distribue régulièrement des aides à titre individuel et exceptionnel, à des malades qui sortent d'hospitalisation. La pratique se poursuit également après, en général pour des appareils très chers¹⁶⁹⁶ et ayant une fonction première esthétique, sur recommandation d'un médecin. Les fonds nécessaires sont parfois pris sur la fondation Montyon, parfois sur les fonds propres du CGH. Par ce moyen, les indigents se voient régulièrement pourvus de nez en argent¹⁶⁹⁷, d'obturateur en platine pour faire office de joue ou de palais¹⁶⁹⁸, ou de « bas de peau de chien lacés » (utilisés pour éviter les varices ou suite à l'opération d'ulcères variqueux¹⁶⁹⁹). Mais aussi, à l'occasion, en médicaments sans avoir à passer par les dispensaires ou les consultations externes. Ainsi, par exemple, en février 1828, le CGH autorise exceptionnellement la pharmacie centrale à fournir 400g d'opium par mois « à titre de secours » à un ancien ecclésiastique de soixante-quinze ans. L'intention est visiblement parfaitement désintéressée, et on anticipe même quelques problèmes à court ou moyen terme, les quantités à fournir au ministre de Dieu allant croissant : antérieurement, elles étaient moindres, mais « il a tellement contracté l'habitude de prendre de l'opium que cette substance lui est devenue indispensable »¹⁷⁰⁰.

1695 Pastoret 1816, p.224. Et ceci sans exclusive des arguments plus économiques qui peuvent expliquer cette volonté, et qui sont les mêmes que ceux mobilisés pour faire primer la prise en charge à domicile sur l'hospitalière.

1696 Les prix sont régulièrement supérieurs à 100F, soit deux à trois mois de salaire du bénéficiaire, en moyenne. Cf. supra pp.371 & sq.

1697 Cf. Arr. CGH 40162 du 2 juin 1824, AAP 136 FOSS⁸⁶ F°660 ; Arr. 45931 du 31 janvier 1827, AAP 136 FOSS⁹⁸ F°243 par ex. Le second, demandé par Dupuytren vue la nécessité « de dissimuler [...] cette difformité d'une nature hideuse » et coûtant 60F, est pris sur les fonds Montyon.

1698 cf. par ex. Arr. CGH 45714 du 27 décembre 1826, AAP 136 FOSS⁹⁷ F°97 ; Arr. CGH 46008 du 14 février 1827, AAP 136 FOSS⁹⁸ F°342. Le premier, de 100F, est financé par le legs Montyon, le second, de 130F, par la quatrième division.

1699 Anonyme 1827, p.294. Cf. Arr. CGH 30021 du 7 juin 1820, AAP 136 FOSS⁶⁵ F°4-5.

1700 Arr. CGH 48298 du 6 février 1828, AAP 136 FOSS¹⁰² F°296.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

Sans entrer dans de délicates considérations sur la compassion ou les égards plus ou moins marqués des différents médecins et chirurgiens pour leurs patients dans le cadre de leur pratique clinique¹⁷⁰¹, on fera simplement remarquer ici qu'en plusieurs occasions, lors de rapports avec l'administration, on voit les médecins faire valoir l'intérêt des malades plutôt que d'autres considérations qui auraient pu être tout aussi efficaces. Un exemple pour l'illustrer¹⁷⁰² : en septembre 1815 Nicod, chirurgien adjoint de Beaujon, écrit à l'administration pour lui signaler les méfaits du médecin en chef, Dupont, 72 ans, qui « pousse la barbarie jusqu'à porter le désespoir dans l'âme des malheureux atteints de maladies incurables [en leur annonçant qu'ils ne peuvent être guéris¹⁷⁰³...], ne se donne pas la moindre peine de rechercher celles qui pourraient guérir [...] refuse de reconnaître celles qu'on lui signale », etc. Nicod rapporte le cas du malade n°8 que le médecin-chef a privé de tout aliment. Deux semaines plus tard, nouvelle missive, où Nicod répète ses accusations, ajoutant qu'elles peuvent être attestées par l'agent de surveillance et les sœurs hospitalières, et que « souvent le médecin Dupont n'a fait aucune interrogation aux malades nouvellement arrivés : quelques fois ne leur a fait aucun traitement » entraînant la contamination de deux malades par un troisième atteint de typhus, et que dans les hivers 1812 à 1814 il a « confié la visite des salles de médecine à un homme qui ne fut jamais médecin, qui ne connaît pas un mot de la théorie des fièvres ».

La réplique du praticien incriminé n'est pas des plus convaincantes : après avoir exposé ses titres, il invoque une cabale de la mère supérieure et du chirurgien, avant de conclure qu'un

1701 En sus de Wiriot 1970, les biographies des uns et des autres fournissent souvent d'amples considérations sur ces sujets, le paragon étant probablement Magendie pendant l'épidémie de choléra de 1832 : on le dit présent à tous temps auprès de ses malades, donnant quelque pièce de ses propres poches aux convalescents, ... cf. Leca 1982, p.136.

1702 cf. AN F¹⁵ 1923.

1703 Au-delà de différences personnelles d'attitude, on voit bien, en une génération et demie (Nicod avait 37 ans en 1815, Dupont 72), la différence d'attitude face à la mort étudiée par Anne Carol, entre un XVIII^e qui annonce l'inéluctabilité du décès pour permettre au malade de se préparer chrétiennement, et un XIX^e qui laisse le mourant dans le secret pour ne pas le décourager et le laisser profiter de ses derniers moments. cf. Carol 2004, chap.1.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

médecin-chef « n'a jamais été outragé aussi indignement que je l'ai été par Nicot (sic), ni aussi indiscrettement (sic) vilipendé que je le suis par les membres du corps dont il dépend ». L'appel à l'antagonisme médecine/chirurgie n'aura pas produit tous les effets escomptés. Après un rapport des membres du CGH ayant la surveillance de l'établissement (Muraire et Desportes), le médecin est mis à la retraite d'office le 2 novembre¹⁷⁰⁴, en se voyant devenir médecin honoraire (avec une pension annuelle de 900F, contre 2000F auparavant), et remplacé par le médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu, Lerminier. L'ultime contre-attaque du médecin-chef ne sera pas plus fructueuse : le 16 décembre le comte de la Ferronnays écrit de la part du duc de Berry pour demander des explications sur le sort fait à Dupont, précisant qu'il a été le seul médecin à ne pas porter serment à Bonaparte. Le préfet, à qui la requête avait été transmise par le ministre soutiendra la décision de l'administration, insistant sur le grand âge du médecin, les rapports faits par l'agent de surveillance et le Conseil, les altercations ayant eu lieu, et le compromis que constitue l'honorariat. Dans leurs réponses au duc de Berry, les services ministériels reprendront les mêmes arguments.

L'incident vaut la peine d'être rapporté parce qu'il traduit un vrai souci de la situation faite aux malades. On ne peut guère penser que Nicod ait voulu se débarrasser d'un collègue freinant son plan de carrière : le médecin « démissionné » aurait nécessairement été remplacé par un autre médecin. De même, il est frappant de constater à la lecture la différence de registre d'argumentation entre le médecin et les administrateurs d'un côté, et les services préfectoraux et ministériels. Nicod, Muraire et Desportes parlent du tort fait aux malades. On peut y voir un pur argument rhétorique – quoi qu'à être cynique, l'entrave portée au fonctionnement normal de l'établissement eut probablement été un meilleur argument – il n'en reste pas moins que c'est le principal mobilisé. C'est d'autant plus notable que le préfet et le

1704 Arr. CGH 18044 du 2 novembre 1815, AAP 136 FOSS⁴⁰ F°230-231.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
ministre, *a contrario*, reprennent surtout le trouble à l'ordre qu'apportent les altercations et les rapports divers qu'elles suscitent.

Une attitude qui s'étend chez les administrateurs (comme chez les sœurs ou les représentants préfectoraux) aux corps morts. Les règlements voulaient que les corps de toutes les personnes décédées dans les hôpitaux et non réclamés par leurs familles pour être enterrés à leurs frais soient disponibles pour autopsies et dissections. On sait les difficultés rencontrées par l'anatomo-pathologie à satisfaire ses insatiables appétits de cadavres, et la lutte contre les pratiques illégales que cette pénurie suscita¹⁷⁰⁵ : face aux dissections qui révoltaient la plupart des membres des classes populaires, les administrateurs hospitaliers étaient souvent le premier (et dernier) recours pour s'assurer que le corps d'un proche ne finisse pas entre les mains de carabins¹⁷⁰⁶.

Si Ruth Richardson expose clairement des doutes sur la volonté des administrateurs hospitaliers de stopper les pratiques abusives¹⁷⁰⁷, il apparaît assez nettement que ceux du Conseil Général firent leur possible pour les combattre. Deux formes illustrent ceci dans les grandes lignes : l'opposition à certaines dissections ex ante, les demandes d'explication voire les réprimandes ex post, en général faisant suite aux plaintes d'un proche.

Pour illustrer le premier point, on mentionnera deux exemples de cas où le CGH prit position contre le médecin réclamant un cadavre. En 1823 Bailly, médecin de la Pitié, se voit refuser par l'agent de surveillance l'ouverture d'un cadavre réclamé par la famille. Le médecin

1705 cf. parmi beaucoup d'autres, Ariès 1977, pp.74–79 ; Chamayou 2008, chap.1 ; Darmon 1982 ; Imbault-Huart 1975 ; Richardson 1987, chap.3 ; Wiriot 1970, pp.246 & sq.

1706 Richardson 1987, chap.1 et pp. 253 & sq. par ex.

1707 Richardson 1987, pp.104–105.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
porte alors l'affaire devant le CGH, qui décide alors prudemment de transmettre les rapports remis par le médecin et l'agent à une commission, dont nous n'avons pu retrouver les conclusions¹⁷⁰⁸.

Les choses seront moins diplomatiquement gérées six ans plus tard. Au printemps 1829 les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu et le CGH vont se trouver en conflit sur les égards dus aux morts, et la destination des cadavres. Le CGH tranchera clairement pour que les pratiques des hommes de l'art soient soumises aux impératifs moraux en la matière.

En mars 1829, l'agent de surveillance de l'Hôtel-Dieu écrit au membre de la Commission Administrative au sujet de cours de chirurgie, bandages et appareils donnés depuis décembre 1828 par Sanson, chirurgien de seconde classe de l'établissement. Le cours ayant été annoncé par voie d'affichage, qui plus est imprimé par Mme Huzard, il a été manifestement autorisé, et il ne conteste pas sa tenue, mais des pratiques qu'il juge inadmissibles. Les 21 et 23 mars on a apporté un corps à l'amphithéâtre pour la leçon sur les amputations. Mais après le cours, « les bras les cuisses et les jambes étaient détachés du corps à toutes les articulations ». C'est probablement la religieuse qui s'en offusqua, puisque le 23 Dupuytren est invité à surveiller la leçon et assure à la religieuse chargée du service que cela ne se reproduirait pas. Un autre cadavre fut donc fourni à Sanson pour un résultat sensiblement équivalent. L'agent de surveillance est prudent : il n'impute pas directement la faute au chirurgien de seconde classe, indiquant que Dupuytren n'a probablement pas parlé à Sanson, qui était sorti. Il se rabat alors sur des considérations générales quant à l'organisation de l'enseignement, écrivant que « l'intention du Conseil [...] n'est pas de souffrir qu'il y ait dans l'hôtel-Dieu un cours qui d'après les débris des divers membres [lui] semble être plutôt un cours de dissection que de simple démonstration. », et prive conséquemment le chirurgien de tout corps jusqu'à ce que le

1708 Arr. CGH du 2 avril 1823, AAP 136 FOSS⁸¹ F°243.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

CGH ait pris une décision¹⁷⁰⁹.

Une position de compromis semblait avoir été trouvée, qui ne satisfait pas les deux chirurgiens : en mai 1829, ils écrivent tous deux au Conseil pour se plaindre « qu'on ne permet pas qu'il leur soit délivré des sujets propres à leurs opérations à volonté et en quantité suffisante pour démontrer et faire des cours d'anatomie chirurgicale. » Le membre de la commission administrative fait savoir qu'il avait pris sur lui de remettre aux deux hommes des corps

« pour démontrer le manuel des opérations seulement et sous la condition qu'ils ne seraient mutilés qu'autant qu'il serait indispensablement nécessaire pour démontrer les opérations et avec la recommandation de tenir les lieux dans le plus grand état de propreté. Qu'il a reconnu que presque toujours ces corps ont été réduits à un état de grande division et à ne présenter que des parties informes, sans égard à ce qui doit être pratiqué pour la dépouille des morts et que ces débris ont été conservés trop longtemps dans cet état et que les conditions de propreté qu'il avait prescrites n'ont point été remplies. »

Voyant ces avis et recommandations ignorés, il a fait cesser une « concession qui lui avait été inspirée dans des vues d'utilité et pour l'instruction des élèves », suscitant les réclamations du chirurgien en chef et du chirurgien de seconde classe. Les considérants du CGH sont relativement sévères : ils commencent par rappeler que depuis la création d'un amphithéâtre d'anatomie unique à la Pitié¹⁷¹⁰, il est plus permis de faire des cours d'anatomie à l'Hôtel-Dieu, alors qu'on a disposé à la Pitié « des cabinets dont les chefs de service de santé de l'hôtel-dieu ont l'usage exclusif et dans lesquels ils peuvent, ainsi que dans les salles de l'amphithéâtre, faire les recherches, préparations et démonstrations qu'ils jugent nécessaires avec toutes les facilités qu'ils ne pourraient rencontrer à l'hôtel-dieu ». Le CGH soutient alors son agent et

1709 AAP, Registre de correspondance L1 Hôtel-Dieu, 24 mars 1829.

1710 Depuis 1813, les dissections et travaux anatomiques qui se faisaient dans plusieurs amphithéâtres privés et publics de Paris, sont interdits, par arrêté préfectoral. Seuls deux amphithéâtres subsistent légalement : celui de la Pitié, gérée par le CGH et celui de l'école pratique de dissection, dépendant de la Faculté. cf. D'Arcet & Parent-Duchâtelet 1831, pp.243–284 ; Imbault-Huart 1975, pp. 236 & sq.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
interdit tout cours « d'anatomie par la dissection » et préparation de pièces pathologiques ailleurs qu'à la Pitié. Il n'est cependant pas insensible à la formation des étudiants, mais souhaite visiblement qu'elle limite les atteintes à l'intégrité des corps morts, puisqu'il autorise cependant qu'il soit

« délivré aux chefs de service de santé de l'hôtel-dieu, sur leur demande écrite et signée, les sujets pour servir à démontrer le manuel des opérations chirurgicales ; mais sous la condition expresse que la section d'un membre ou d'une partie du corps ne s'étende pas au-delà de l'opération démontrée ; qu'il n'y aura ni dissection, ni division des parties amputées et que les membres et parties disjointes (sic) par les opérations seront réunies dans leur linceul, immédiatement après chaque leçon et rendus à la salle des morts sans délais pour être portés au cimetière, en même tems que les autres corps. »¹⁷¹¹

D'autres fois ce sont les plaintes déposées par des proches qui suscitent l'intervention du CGH, qui semble en général soucieux d'éviter le scandale. Si nous n'avons trouvé trace de contentieux judiciaire, c'est parfois le préfet qui suscite une demande d'explication suite aux protestations qu'il reçoit. C'est le cas par exemple en février 1826, le préfet écrivant au CGH pour l'informer qu'une jeune femme décédée le 29 janvier dans un des hôpitaux de la première division « a été mutilée quelques heures après sa mort, que le neveu de cette femme qui vouloit lui rendre les derniers devoirs a reconnu ces mutilations et qu'on avait enlevé la mâchoire pour tirer partie des dents qui étaient très belles. » Le CGH demande alors visiblement aux membres de la commission administrative d'écrire aux agents de surveillance de leurs établissements qu'il a transmis plusieurs fois des ordres pour que les corps soient entièrement respectés les premières heures du décès et qu'ensuite « il n'y soit touché que de l'autorisation expresse et écrite des médecins et chirurgiens ». Il renouvelle son injonction, des motifs « d'ordre » et « sentiments religieux » commandant de « mettre un terme au commerce

1711 Arr. CGH du 6 mai 1829, AAP 136 FOSS¹⁰⁷F°406-407.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ? scandaleux dont les personnes qui meurent dans les hôpitaux sont souvent l'objet »¹⁷¹². On notera sans surprise la différence de registre dans l'attitude face au cadavre et à la mort plus généralement : aux nécessités de la science, les administrateurs opposent celles de la morale et de la religion, quoique dans un intéressant syncrétisme avec les préoccupations hygiénistes quant à l'usage et la destination des cadavres¹⁷¹³.

Ces exemples montrent bien que l'hôpital remplit des fonctions diverses, et parfois contradictoires : fournisseur de cadavres, lieu d'expérimentation, il n'est pas pour autant la caution (ou le masque) des pratiques médicales les plus incontrôlées. La réalité des pratiques (et des abus) est celle du compromis de fait entre ce que l'on autorise pour l'avancement du savoir médical et le respect des interdits moraux (teintés de christianisme), ce que l'on cache, et ce que l'on est en mesure ou non de faire appliquer. La récusation du statut de malade hospitalier comme équivalent à celui de pur cobaye n'a évidemment rien de strictement parisien : I. von Buelzingsloewen a montré qu'à la même période, les médecins allemands critiquent souvent l'expérimentation au nom même de la souffrance du malade, rejetant l'objectif de recherche énoncé par Haller, allant jusqu'à prendre les médecins français comme repoussoir en condamnant leur nihilisme thérapeutique et le peu d'égard qu'ils témoignent aux malades. Mais l'humanisme du médecin allemand – comme français – a des limites : la soumission totale qu'il estime lui être due¹⁷¹⁴.

On verra plus loin les fonctions de cette soumission et de la surveillance qui doit l'assurer¹⁷¹⁵, mais finissons ici par quelques indices indiquant que la docilité des malades ne

1712 AAP Correspondance L1 Saint-Louis, 14 février 1826.

1713 Sur la laïcisation du cadavre et sa gestion hygiénique, voir entre autres Nonnis Vigilante 2005.

1714 Buelzingsloewen 1997, pp.186–187.

1715 cf. infra section 3.3.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
fut certainement pas totale.

2.3.2.3 Protestations, pétitions et plaintes

Nous avons déjà indiqué que les hospitalisés payants exprimaient quelques idées sur les services qui leur étaient dus¹⁷¹⁶. Il ne faudrait pas déduire de l'examen des règlements auquel nous avons procédé, et des analyses des convergences entre bonne pratique clinique et bonne pratique administrative que nous livrerons dans les parties suivantes¹⁷¹⁷, que nous suggérons que l'édiction d'une norme équivaut à son application uniforme et universelle. Les temps de la pratique sont longs, et il est clair que les objets de la clinique, sujets malades, ne furent pas une matière brute et passive attendant d'être transformée en « patients » par médecins et administrateurs.

La plupart des pétitions adressées au Conseil proviennent des hospices, et ne nous intéressent donc pas ici directement. Ceci s'explique aisément par le fait que les pensionnaires devaient y rester *ad vitam* ou presque : il était inévitable qu'ils soient plus revendicatifs quant aux conditions de vie qui leurs étaient faites. Trois points concentrent l'essentiel des réclamations : la discipline en vigueur (y compris les faits d'insubordination), des craintes de spoliation, le régime alimentaire.

Les protestations concernant les règles de vie ne se firent pas longtemps attendre : dès l'an XI, après les sévères limitations décidées à Bicêtre concernant la cantine, consommation d'alcool et les droits de visite et de sortie sont durement réglementés, suscitant des plaintes

¹⁷¹⁶ cf. supra Section 2.1.4.2.

¹⁷¹⁷ cf. infra section 3.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ? unanimes à l'hospice. Réunis en assemblée générale, les pensionnaires rédigent une longue pétition au général Bonaparte en personne. Écrite avec élégance, « la requête atteste qu'en l'an XI les pensionnaires de l'hospice n'étaient pas tous des analphabètes. Nourri de références juridiques, le texte dénonce les abus d'autorité du Conseil des Hospices et s'attache à démontrer que celui-ci se prévaut abusivement des pouvoirs de police de l'ancien Hôpital Général. » Bonaparte demande en conséquence une enquête immédiate au préfet, qui expliquera en retour que le nouveau régime est « aussi bienfaisant que sage », entraînant son maintien, contre l'avis des pensionnaires¹⁷¹⁸.

Le soutien quasi indéfectible de la préfecture (le préfet étant président-né du CGH) va de fait, dans la plupart des cas, lourdement limiter la portée de toute démarche visant à contester les actions du Conseil Général auprès de son autorité de tutelle : le ministre confie logiquement les enquêtes précisément aux services préfectoraux. C'est ainsi que l'histoire se répète en 1820. Le vingt-six juillet Théophile Mandar, ancien magistrat et pensionnaire des Incurables Hommes écrit au ministre pour protester contre un projet de règlement limitant le nombre de sorties à une hebdomadaire, à cause d'une ou deux dizaines de vieillards, « qui ont contracté le défaut du vin », et reviennent « assez souvent un peu [chargés] de la gaité bachique ». Projet dont, selon lui, ni le duc de la Rochefoucauld (chargé de la surveillance des Incurables Hommes, ni le préfet de département, ni Desportes (membre de la commission administrative) ni même l'agent de surveillance n'auraient connaissance¹⁷¹⁹. Le ministère demande alors des comptes au CGH, qui répond par la voie de Desportes dans deux missives distinctes, datées du 14 septembre et du 4 octobre 1820. Il y expose que les signataires de la réclamation sont les personnes qui se refusent à appliquer le règlement et craignent non pas celui-ci, mais le rétablissement de l'ancien règlement des Incurables, qui interdisait le partage

1718 AN AF IV 1051, cité par Duprat 1997, p.100, note 41.

1719 AN F15 1929.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?

de nourriture avec les parents, limitait les visites, interdisait les congés et rendait le travail obligatoire. Il informe le ministre « qu'un grand nombre » de pensionnaires abuse de cette liberté « pour s'abandonner à l'ivresse, ou entretenir des liaisons immorales ou dangereuses, dans des chambres qu'il est notoire que quelques-uns ont conservées dans la ville »¹⁷²⁰, et que si l'administration réfléchit à rétablir les anciens règlements, en attendant ils ont tout loisir d'aller travailler dehors, de recevoir leur famille, et que les seules restrictions d'accès ont été mises en place pour éviter que des gens extérieurs « viennent dévorer la substance des pauvres »¹⁷²¹. Les exemples de pétitions similaires sont nombreux, et donnent presque tous lieu à une demande d'enquête du ministre, suivie du ... maintien du *statu quo* avalisé par le préfet¹⁷²².

Les mesures disciplinaires à l'égard des pensionnaires sont un autre indice du caractère « remuant » d'une population dont on imagine mal qu'elle se soit aisément pliée à une soumission totale envers le personnel médical ou administratif. Là encore les exemples sont

1720 Que la chose soit vraie (il n'est pas le seul à la mentionner) ou pure invention pour justifier d'éventuelles mesures coercitives, elle témoigne à minima du fait que les administrateurs jugeaient leurs administrés loin de se plier docilement aux prescriptions qui leurs été faites.

1721 AN F15 1929. Le dernier argument joue sur la présentation, courante à l'époque, des hôpitaux et hospices comme le « patrimoine des pauvres », ou « bien des pauvres », cf. par ex. Gueslin & Guillaume 1992, chap.XV. Ce que craint le CGH, c'est que les indigents admis revendent tout ou partie de leur ration alimentaire, et fasse un véritable commerce d'une nourriture que le CGH leur fourni à ses frais.

1722 Ainsi fin avril 1824 quand Dolivier, pensionnaire aux ménages, écrit pour se plaindre des distributions de viande qui se font parfois les vendredis contre les commandements catholiques, de la déduction au prorata du nombre de jours qu'ils ont passé à l'extérieur sur les sommes en argent qui leur sont versées tous les dix jours, et de l'interdiction qui leur est faite de revendre leur portion de pain (l'admission aux ménages était payante, et donnait droit au versement d'une indemnité tous les dix jours). Il conclut : « Arive (sic) notre décé, ont sempare de tous nos effets argent et argenterie s'il sen trouve ; on nous refuse un misérable cerceuil, on nous envoie à l'enphitéatre pour être dicéqué, si nous n'avons pas prévu à notre inumation. » Chabrol, préfet de la Seine, soutien l'administration de bout en bout, et note que « Le Conseil des hospices [...] n'a pas vu sans regrets que l'on méconnaît ses efforts et qu'on accusât sa sollicitude ». AN F¹⁵ 1932.

La mesure suscita durablement le mécontentement puisqu'en mai 1828, le CGH rejette de nouveau une pétition des pensionnaires du préau des ménages, qui demandent que la solde en argent qui leur est payée tous les 10 jours le soit aussi à ceux qui sont absents pour congés, au motif que « la solde du préau représente les alimens distribués en nature aux indigens placés dans les dortoirs, et les absents n'ont pas droit de se faire rembourser la nourriture qu'ils n'ont pas consommée pendant les congés qu'ils ont jugé à propos de prendre. » En vertu de quoi il n'y a pas lieu de faire droit à leur demande par une mesure « qui tendrait à encourager les admis à s'absenter de l'hospice, attendus qu'ils contractent au dehors des habitudes d'indépendance qui leur rendent plus difficile à leur retour l'accomplissement de leurs devoirs de subordination et d'ordre ». Arr. CGH du 14 mai 1828, AAP 136 FOSS¹⁰³ F°435.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
plus nombreux dans les hospices, pour les mêmes raisons selon toute vraisemblance. Les renvois sont prononcés la plupart du temps pour insubordination ou contravention aux règlements. Souvent, dans ce dernier cas, suite à la revente de nourriture¹⁷²³. L'efficacité des mesures est difficile à évaluer, d'autant plus qu'il arrive qu'elles restent sciemment sans effet, ou que le CGH les annule ultérieurement¹⁷²⁴.

On peut légitimement supposer à partir de ces quelques exemples que les malades hospitaliers présentèrent les mêmes demandes et griefs, mais probablement en quantité moindre, du fait du différentiel de durée de séjour. C'est effectivement le cas, aussi bien sur la quantité – certains malades menaçant par exemple de quitter l'hôpital si on ne les met pas à une portion supérieure¹⁷²⁵ – que sur la qualité¹⁷²⁶. Aux motifs précédents de plaintes s'ajoutent

1723 Cf. par ex. les arr. CGH 12124 du 10 juin 1812, AAP 136 FOSS²⁸ F°200-203 (renvoi de l'hospice de Montrouge du sieur Fournel qui revend son pain, proteste contre les nouvelles rations, et excite ses coreligionnaires, après avoir déjà été mis en isolement pour les mêmes motifs) ; 27374 du 28 juillet 1819, AAP 136 FOSS⁵⁹ F°59 (Mme Capron, reposante de 2e classe à la Salpêtrière, faisait acheter par des indigents des rations de viande pour les revendre à l'extérieur. Il faut en faire un exemple : elle est radiée des listes et expulsée. Les indigents qui participaient sont consignés pendant 3 mois) ; du 26 juillet 1820, AAP 136 FOSS⁶⁵ F°565 (mise à l'écart et au pain sec de Delmas, qui a vendu sa ration de pain et encouragé les autres à faire de même et à jeter à la tête des religieuses les fruits de son souper, « quoiqu'ils fussent de bonne qualité et dans le seul dessein de donner un mauvais exemple ») ; 30649 du 23 août 1820, AAP 136 FOSS⁶⁶ F°230-231 (trois indigents des incurables, violents et insubordonnés sont sanctionnés : un quitte sa chambre pour les dortoirs et est consigné un mois, un est envoyé à Bicêtre, un est consigné 3 mois).

1724 cf. par ex. l'arr. CGH 5982 du 17 février 1808, AAP 136 FOSS¹⁶ F°225-226 renvoyant une veuve Colet des Incurables femmes pour vol de nourriture, injures et plaintes répétées sur les quantités de nourriture, réadmise en juin de la même année à la Salpêtrière après qu'elle ait fait amende honorable (arr. CGH 6432 du 22 juin 1808, AAP 136 FOSS¹⁶ F°226) ; ou Arr. CGH 17649 du 23 août 1815 AAP 136 FOSS³⁹ renvoyant du dortoir des Ménages le sieur Lefresnes pour les actes de violence dont il s'est rendu coupable envers le sieur Lauzé et son « état presque habituel d'ivresse », annulé le 27 septembre 1815, « vu la lettre de la supérieure des sœurs de charité de l'hospice des Ménages, par laquelle elle rend compte des marques de repentir qu'a donné le sieur Lefresne » et la lettre du chapelain « qui implore la clémence du Conseil en faveur de cet indigent et donne l'assurance qu'il fera (sic) oublié par une conduite exemplaire ».

1725 cf. par ex. Louis 1826, p.315.

1726 La nourriture n'est pas seule en cause, l'eau est également sujet de critiques, comme en thermidor an XII (juillet 1804) où le préfet demande des comptes au CGH sur la qualité de l'eau servie à Necker, suite à une pétition adressée au ministre par un M. Filleul. Renseignements pris, il indique au ministre que deux eaux sont servies dans l'établissement : une provient d'un puits alimenté par une source d'eau vive (pour les tisanes et bouillons), l'autre de la Seine filtrée dans une fontaine sablée (pour être ajoutée au vin, pour les malades auxquels on le prescrit). Après des « dégustations répétées » (on ne sait par qui) et le questionnement des malades, il rapporte que personne ne dit se plaindre du goût. AN F¹⁵ 1874.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
ceux liés à la prise en charge médicale *stricto sensu*. Les requêtes émanant des malades eux-mêmes ne sont pas nombreuses dans les sources, mais néanmoins existantes.

Elles portent soit sur la rapidité ou l'ampleur des secours que l'on estime insuffisante, soit sur leur qualité ou opportunité. Dans le premier cas de figure, on trouve des réclamations de proches qui font valoir que les médecins ont refusé l'accès ou des soins à des malades (les renvoyant parfois vers un autre établissement) qui devaient par la suite décéder. Le 27 décembre 1815, la garde nationale de Paris écrit au préfet pour lui signaler qu'un caporal ayant amené un mourant à l'Hôtel-Dieu, n'y avait trouvé personne pour le secourir. Le ministre demande alors des comptes au préfet, qui lui répond le 19 janvier 1816 que Caillard (médecin de l'Hôtel-Dieu) a lui-même reçu le blessé, l'a remis à l'interne et que « de plus, il est constant, d'après les cahiers de prescriptions déposés au Bureau du pharmacien en chef, que le malade a reçu dans la nuit même les remèdes qui son état exigeait ». Et il ajoute que l'Hôtel-Dieu est un des hôpitaux « où le service se fait avec le plus de zèle et de régularité »¹⁷²⁷.

Dans le second cas, ce n'est pas une prise en charge tardive qui est critiquée, mais son bien fondé. Ainsi, par exemple, suite à un épisode quelque peu dramatique, le 15 mai 1815 on écrit au secrétaire général du CGH pour lui faire savoir que François Leclerc, admis à l'Hôtel-Dieu, « a été victime de l'impéritie des chirurgiens qui l'ont traité ». Des explications sont alors demandées à Pelletan, chirurgien-chef, « sur les causes de ce malheureux évènement »¹⁷²⁸. Elles viendront finalement le 7 juin de Caillard, inspecteur du service de santé et chargé des soins au malade en question¹⁷²⁹ : un « hydrophobe » a été admis à l'Hôtel-Dieu. Conformément aux règlements, il est installé dans une chambre seul, au troisième étage. Le

1727 AN F¹⁵ 1924.

1728 Arr. CGH du 17 mai 1815, AAP 136 FOSS³⁸ F°359.

1729 Décision CGH, 7 juin 1815, AAP 136 FOSS³⁸ F°464.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
médecin parvient à gagner la confiance du patient, qui une nuit est pris d'un accès de rage. On craint un début d'incendie dans la pièce, Caillard y rentre et tente de contenir le malade, qui lui lance un poêle, s'enfuit par les toits et jette des tuiles sur ses poursuivants. Caillard fini par le maîtriser, et aidé par un infirmier le ramène à sa chambre où de violentes convulsions le tuent quelques moments plus tard.

Dernier exemple d'insoumission, il concerne la population particulière des vénériennes traitées depuis 1815 à la Pitié à la demande de la préfecture de police : en octobre 1821, quelques mois avant la fermeture du service, l'agent de surveillance rapporte que l'une d'entre elles, pensant que l'interne s'était opposé à la signature par le médecin en chef de son billet de sortie, lui brise son pot à tisane sur la tête. L'agent tente alors en vain de rétablir le calme, ses camarades la soutenant. L'appel à un commissaire de police ne fut pas plus couronné de succès. Il fallut faire intervenir 12 gendarmes pour que le calme fut rétabli¹⁷³⁰.

Enfin, quelques motifs d'inquiétude concernent les soins non plus temporels, mais spirituels : si un siècle et demi les sépare de la révocation de l'édit de Nantes en 1685 qui avait vu le chapitre et le Bureau de l'Hôtel-Dieu s'opposer fermement à la visite des ministres du culte protestant¹⁷³¹ – Paris ne faisant pas exception en la matière¹⁷³² –, les malades soupçonnent toujours les services hospitaliers d'être prosélytes à la faveur des derniers instants du mourant. C'est ce qui motive les réclamations d'un père protestant en 1819, dénonçant les efforts faits auprès de son fils, admis aux Enfants-Malades, pour qu'il se

1730 L'agent poursuit son réquisitoire en indiquant que les vénériennes sont ingérables, rappelle qu'on ne devait les traiter que temporairement et avec indemnités (pendant la présence de soldats alliés), et qu'elles prennent la place de malades qui sont de ce fait reçus dans des salles surpeuplées. Il demande que la maison de la petite force, appartenant à la préfecture police et initialement prévue à cet effet y soit réemployée. Le conseil nomme alors Bigot de Prémeneu, aussi membre du conseil des prisons, pour trouver une solution avec la préfecture de police. cf. Arr. CGH 33854 du 3 octobre 1821, AAP 136 FOSS⁷² F°555-559.

1731 Martineaud & Cordier 2002, p.21.

1732 McHugh 2007, pp.120–122.

2.3.2 Les malades : vils corps malléables ou objet construit, objet d'attentions ambivalentes ?
détourne de sa religion¹⁷³³ ; tout comme une plainte de la duchesse de Broglie en 1823, suite à laquelle le CGH assure avoir refait des recommandations pour que les malades non catholiques soient traités avec les mêmes égards que les catholiques, et que les ministres protestants puissent donner « des consolations » aux personnes de leur confession¹⁷³⁴.

Au-delà des exemples proprement dits, il semble acquis que les malades hospitaliers (comme les administrés des hospices) ne furent pas de l'argile aisément modelée entre les mains des médecins comme des administrateurs. Plaintes, pétitions, recours aux autorités de tutelles montrent bien les conceptions divergentes et les résistances. Par ailleurs, la prise en compte de certains cas particuliers et du surcroît de secours qu'ils pouvaient nécessiter, tout comme la limitation imposée des essais dans les hôpitaux tendent à nuancer quelque peu la force contraignante du « contrat clinique » énoncé par Foucault.

Il y a, semble-t-il, deux manières de considérer – pas nécessairement exclusives – cette résistance des malades à l'institution hospitalière : soit comme limite pure et simple aux discours médico-gestionnaires, soit comme révélateur de la puissance de ce qu'administration et médecine avaient en partage. Face aux réticences, aux protestations, au décalage parfois important entre la lettre et le fait, les uns comme les autres ne renoncèrent pas, chacun à leur manière, à transformer l'hôpital en ce qu'il devait devenir par la suite.

1733 Arr. CGH du 20 octobre 1819, AAP 136 FOSS⁶⁰ F°468.

1734 Arr. CGH du 23 avril 1823, AAP 136 FOSS⁸¹ F°414.

2.4 Conclusion de partie

LÉ TRI DES INDIVIDUS entrant dans les hôpitaux, comme de tous ceux ayant recours aux dispositifs d'assistance ressortissants de la compétence du CGH peut sembler trivial, et il ne constitue pas une absolue nouveauté en soi. Cependant, si l'on admet, suivant les analyses de L. Fleck que des styles de pensée et des types de connaissances particuliers émergent de contextes culturels et historiques qui limitent le champ des observations jugées possibles et pertinentes¹⁷³⁵, alors nous espérons avoir montré que l'organisation administrative des hôpitaux en ce début de XIX^e siècle est précisément un facteur à ne pas négliger dans la constitution du savoir clinique. Première institution à gérer l'ensemble des dispositifs d'assistance, visiblement très attentif à séparer les besoins et les établissements devant y répondre, le CGH devait pouvoir, plus que jamais, entamer le modelage de l'hôpital de façon à ce qu'il devienne le lieu de la clinique.

À rebours de l'idée que l'hôpital se serait médicalisé à mesure qu'un nombre croissant de médecins l'aurait investi en y étant formés, en y venant trouver des malades nécessaires à leurs recherches ou leurs pratiques, il nous semble qu'il faut considérer les processus par lesquels l'hôpital s'est transformé non pas en lieu de la médecine, mais de la maladie. La « pathologisation de l'hôpital » serait le pendant – voire l'antécédent – de sa médicalisation.

Or ce mouvement-là est bien administratif. C'est en triant, en distinguant hôpitaux et hospices¹⁷³⁶, en séparant les diverses populations recourant à l'assistance, pour des raisons autant économiques et morales que médicales (différence de prix de journée, séparation des sexes, distinction sociale)¹⁷³⁷, le CGH contribua à donner à la médecine clinique son objet, son

1735 cf. Fleck 2008 [1935], pp.161–171. Pour la définition du style de pensée voir p.172. Sur l'utilisation de la théorie de Fleck pour concevoir l'hôpital, voir Risse 1996, p.76.

1736 cf. section 2.1.3 pp.337 & sq.

1737 cf. sections 2.1.2 pp.310 & sq. et 2.1.4 pp.362 & sq.

2.4 Conclusion de partie

malade¹⁷³⁸. En poussant l'argument jusqu'à son terme, on pourrait concevoir qu'en laissant aux règlements administratifs une large part de la définition du malade hospitalier, la médecine se décharge d'autant de questions sur la nature de la maladie et du malade¹⁷³⁹. Ce qui la libère d'un nombre important de recherches potentielles, pour lui en ouvrir d'autres, plus circonscrites : altérations organiques, fonctions physiologiques, la séméiotique, etc.¹⁷⁴⁰ Pour le formuler en termes repris à Lakatos, le tri pratiqué par l'administration la seconde dans l'établissement d'un « programme de recherche » plus cohérent, l'heuristique positive et négative ayant été partiellement définie par d'autres moyens¹⁷⁴¹.

Cette hétérogénéité des déterminants du « malade » produit donc des effets dans le champ médical à proprement parler : il détermine partiellement des objets généraux, mais aussi plus particuliers. L'isolement des enfants, comme la relégation des vieux malades dans les hospices jouèrent un rôle considérable dans l'intérêt ou le désintérêt pour certaines pathologies et la structuration des spécialités qui en traitent¹⁷⁴². Les effets de ce tri faisant émerger les figures du malade avaient bien été perçus par les médecins : alors que le CGH pratiqua et stabilisa ces distinctions en utilisant des outils proprement administratifs (règlements, contrôles redondants, comptage, etc.), les médecins lui prêtèrent main-forte à l'occasion, comme l'illustre l'histoire du Bureau Central d'Admission¹⁷⁴³. Reste à évaluer, le moins imparfaitement possible, les effets et les limites des efforts du CGH pour redéfinir le paysage hospitalier parisien¹⁷⁴⁴. En terme d'offre de soin, le bilan, au moins jusqu'en 1830, n'est guère flatteur, tant en termes de capacités que de répartition ; il semble cependant avoir produit des effets dans

1738 cf. section 2.1.1 pp.294 & sq.

1739 cf. pp.312 & sq. et section 2.2.2 pp.434 & sq.

1740 cf. supra pp.313 & sq. et section 2.2.2.

1741 Sur les aspects des « programmes de recherches » de Lakatos mobilisés ici, voir Lakatos 1974 et Chalmers 1990, pp.37–47 pour une introduction synthétique.

1742 cf. section 2.2.2 pp.434 & sq.

1743 cf. section 2.2.1 pp.386 & sq.

1744 cf. section 2.3.1 pp.458 & sq.

2.4 Conclusion de partie

les hôpitaux, où les taux de mortalité et surtout les durées de séjours, très différenciés selon les établissements, sont en baisse : la séparation entre hospices et hôpitaux et la spécialisation de ces derniers, n'étaient pas que chimère.

Enfin, étudiés sous cet angle, on pourrait penser que les hôpitaux ne furent qu'une redoutable machine à générer du savoir clinique et à discipliner, au mépris des hospitalisés. Ce serait largement biaiser la réalité de la situation : même s'il est très difficile d'avoir une compréhension précise de ce qu'était l'expérience hospitalière pour les premiers concernés, il apparaît qu'ils furent loin de la subir passivement. Le recours à l'hôpital n'était pas nécessairement la dernière extrémité, et l'autorité médicale pouvait être vigoureusement contestée¹⁷⁴⁵. Enfin, l'attitude des membres du Conseil eux-mêmes, usant pourtant avec prolixité d'une rhétorique coercitive et moralisatrice, n'est pas sans considération pour leurs administrés, dénotant une posture paternaliste parfois ambiguë¹⁷⁴⁶. Si les fonctions de l'hôpital étaient fondamentalement teintées de préoccupations politiques, économiques et médicales, elles n'en demeuraient pas moins plus équivoques que ne pourraient le laisser penser les analyses foucaaldiennes.

1745 cf. sections 2.3.2.1 pp.489 & sq et 2.3.2.3 pp.517 & sq.

1746 cf. section 2.3.2.2 pp.498 & sq.

3 Prescrire des pratiques : les technologies de papier

3.1 Écrire

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

AMPLEMENT REPRIS, le « Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire », marque de la philosophie du célèbre rapport rédigé par Fourcroy en l'an III qui allait conduire à la loi de 1794 sur les écoles de santé¹⁷⁴⁷, n'est pas exempt de question. Mais qu'est-ce « beaucoup faire » ? Fourcroy, traduisant l'esprit du temps, l'explicite lui même : « la pratique, la manipulation seront joints aux préceptes théoriques. Les élèves seront exercés aux expériences chimiques, aux dissections anatomiques, aux opérations chirurgicales, aux appareils ». Et de conclure, avant d'annoncer les trois célèbres cliniques parisiennes¹⁷⁴⁸ : « ce qui a manqué jusqu'ici aux écoles de médecine, la pratique même de l'art, l'observation au lit des malades, deviendra une des principales partie de cet enseignement ». Le « faire » de Fourcroy, est donc double : d'une part manipuler (des produits et prélèvements, des cadavres, des corps, des outils) et d'autre part observer. Mais l'un comme l'autre ne sont pas dépourvus d'équivoques. En l'occurrence, le terme ici associé à la clinique, l'observation, recouvre une pratique largement scripturale. Peu lire, mais beaucoup écrire.

Il est remarquable que Michel Foucault, qui mit au cœur de sa *Naissance de la clinique* le « regard » médical, ait si peu vu à quel point il est littéralement faux de dire que « le regard qui observe se garde d'intervenir, il est muet et sans geste. »¹⁷⁴⁹ Comme le synthétise Berg,

1747 *Rapport et projet de décret sur l'établissement d'une Ecole centrale de Santé à Paris, fait à la convention la Convention Nationale, au nom des Comités de Salut Public et d'Instruction Publique.* cf. supra p.15.

1748 Humanité (Hôtel-Dieu) pour les maladies externes, Unité (Charité) pour les maladies internes, Clinique de l'école de médecine pour les cas « rares et compliqués ».

1749 Foucault 2003 [1963], p.107.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

« En opposition à la médecine des espèces, d'après Foucault, le regard clinique moderne ne requiert pas d'intermédiaire¹⁷⁵⁰. [...] Le regard déchiffre cette vérité [des processus pathologiques maintenant situés dans les corps individuels] en suivant les symptômes en profondeur, dégagant les signes, et différenciant la réalité pathologique qui maintenant *est* la maladie. Et pourtant le développement de ce regard dépend cruciallement du développement de certains nouveaux intermédiaires. *Écrire* est crucial dans cette configuration »¹⁷⁵¹. En somme, le regard du clinicien, s'il reste à distance, n'est pas sans geste : il écrit. Nous espérons qu'un détour par les techniques prescrites (si ce n'est pratiquées) d'observation nous permettra d'éclairer ce « point aveugle » du septième chapitre de l'ouvrage de Michel Foucault, en même qu'il nous indiquera, incidemment, des pistes de réponses à l'interrogation soulevée par Jean-François Braunstein dans *La mort de la clinique ?*¹⁷⁵² : le regard ou la parole ?

3.1.1.1 La trace écrite, réquisit de la méthode clinique

Ainsi donc, la médecine clinique est une médecine écrite. Cette assertion, pour paraître éventuellement évidente, n'est pas triviale¹⁷⁵³. Premièrement parce que les efforts de la fin du XVIIIe siècles et du XIXe siècle pour définir la bonne *observation* (en médecine comme en histoire naturelle) portent également sur la bonne façon de la consigner. Secondement parce que, suivant les analyses de Jack Goody en épistémologie des sciences sociales et de Delphine

1750 Ces derniers étant les symptômes compris comme manifestations de la maladie comme ontologie et la table nosologique qui les classe.

1751 Berg & Bowker 1997, pp.513–514 : « In contrast to the medicine of species, Foucault argues, the modern clinical gaze requires no such intermediary. [...] The gaze deciphers this truth by following the symptoms inward, eliciting signs, and differentiating the pathological reality that now is the disease. Yet the development of this gaze depends crucially on the development of some new intermediaries. Writing is crucial in this new configuration. »

1752 Couturier, David, Lecourt, et al. 2009, chap. « Mort et naissance de la clinique », pp. 141-145.

1753 On peut en trouver un signe dans l'omission de cette dimension de la pratique dans l'ouvrage collectif de W.F. Bynum & R. Porter intitulé « Medicine and the five senses », qui comporte pourtant un intéressant chapitre sur la manière dont les étudiants prenaient en note les cours donnés à la faculté de médecine de Londres. cf. Bynum & R. Porter 1993.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

Gardey en histoire et sociologie des techniques¹⁷⁵⁴, la forme même du support de l'information influe sur ses contenus et ses utilisations.

La médecine clinique, médecine au lit du malade, est une médecine d'observation¹⁷⁵⁵. Parce que la clinique se veut didactique *et* démarche scientifique¹⁷⁵⁶ se pose dès lors la question de ce qu'il convient de faire des observations recueillies : éléments pédagogiques, elles sont aussi les « faits » sur lesquelles doivent reposer les énoncés.

Cet intérêt, pour ne pas dire obsession pour la « bonne » observation, est central – nous l'avons déjà dit – dans la médecine et l'histoire naturelle du XVIIIe siècle¹⁷⁵⁷. Dans son article sur François Huber, Patrick Singy¹⁷⁵⁸ synthétise les qualités requises pour être un bon observateur du XIXe siècle : une bonne éducation des sens pour éviter qu'ils abusent l'observateur (et non pas une hypersensibilité pour percevoir tous les détails, d'où une partie des réticences bien connues des cliniciens pour le microscope, par exemple¹⁷⁵⁹), de bonnes capacités d'analyse (au sens lockien et condillacien du terme) et la faculté de percevoir clairement les rapports entre les éléments¹⁷⁶⁰.

1754 Sans remonter à Marshall McLuhan et aux théories de l'information, ni aux *cultural studies* anglo-saxonnes

...

1755 Voir art. Clinique (par Pinel) du dictionnaire des sciences médicales, Panckoucke 1812, vol. 5 : « les études cliniques [sont] garans d'une instruction solide et des progrès ultérieurs de la médecine d'observation ».

1756 Sans entrer ici dans le débat entre partisans d'une médecine-science et d'une médecine-art.

1757 À fortiori dans leurs acceptions sensualistes, dont on connaît la pérennité en médecine. Pour un exemple classique, voir l'article « Observation » de l'Encyclopédie de Diderot et d'Alembert, tome 11 p.314 de la première édition (1751-1772) : « L'*observation* est le premier fondement de toutes les sciences, la voie la plus sûre pour parvenir, & le principal moyen pour en étendre l'enceinte, & pour en éclairer tous les points ».

1758 Singy 2006.

1759 Sur l'introduction du microscope dans la clinique parisienne, une des principales ressources est Ann La Berge. Voir La Berge 1998 qui synthétise un chapitre et article du même auteur, traitant du sujet sous deux aspects différents : La Berge 1994 et La Berge 2004 Si son appréciation sur la réception du microscope par l'élite médicale parisienne est nuancée, elle ne remet pas en doute le fait que « In France, the medical applications of the microscope remained virtually unexplored until the 1830s, although scientists and amateurs had used the instrument since the seventeenth century ». (La Berge 1994, p.297).

1760 Qu'il qualifie de « cœur de l'observation au XVIIIe ». Singy 2006, p.64 Le « régime de perception » du XVIIIe siècle – dont nous verrons qu'il reste valable en médecine pendant une large séquence du XIXe – est ainsi résumé par l'auteur : « At the same time that they were passively guided by the appearance of objects, the analytic eyes of the observer had to perform two difficult tasks: the abstraction of each perceptual element from other elements, and the combination of some elements with other related elements » p.61.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

À en croire l'analyse critique qu'en fait Patrick Singy, pour Lorraine Daston l'art de l'observation garde les mêmes caractéristiques fondamentales aux XVIIIe et XIXe siècles, et ce qui distingue le philosophe de la nature du scientifique, le XVIIIe du XIXe siècle, ce n'est pas leur façon d'observer, mais leur manière d'intégrer ces observations dans leurs cadres épistémologiques respectifs¹⁷⁶¹. Peut-être que Singy a raison de critiquer Daston¹⁷⁶² et Ian Hacking pour ce qu'ils semblent ignorer les aspects historiques de l'activité d'observation (ce qu'il synthétise sous le concept de « régime de perception »), mais peut-être sous-estime-t-il à son tour la permanence des outils et des modes opératoires qui soutiennent ces « régimes de perception ». Si la rupture entre sciences du XVIIIe et du XIXe passe par l'abandon de la vérité pour la quête de l'objectivité comme mise à l'écart du sujet en tant que producteur de science¹⁷⁶³, les moyens de cette objectivation – en médecine clinique à tout le moins – n'ont quant à eux peut-être pas fondamentalement changé : de Zimmermann à P.C.A. Louis, en passant par Pinel ou Bayle, la médecine clinique doit passer sous les fourches caudines de la « bonne observation »¹⁷⁶⁴, et celle-ci ne peut-être qu'écrite.

La production d'observations rigoureuses obéit à des canons, d'une remarquable stabilité pendant la période qui nous occupe. Dès 1774, Zimmermann¹⁷⁶⁵ en expose la nature :

« Dès que je voyois un malade, *j'écrivois* dans un journal à la première visite ce que j'avois bien vu, ce que le malade me disoit de ses maladies antérieures & de toutes leurs circonstances, & ce que je pouvois y démêler moi-même. Je réunissois ces remarques à

1761 Singy 2006, p.63.

1762 L. Daston & Galison 1992 et Hacking 1989, p.168 cité par Singy 2006, p.55.

1763 L. Daston 1999.

1764 Pour reprendre le titre sans originalité du troisième chapitre du premier tome du *Traité de l'expérience en général, et en particulier dans l'art de guérir* de Zimmermann : « De la Nécessité, des Qualités, & de l'Utilité des bonnes Observations ». cf. Zimmermann 1774, pp.241–276.

1765 Johann Georg Zimmermann, médecin suisse néo-hippocratique (1728-1795). Sur Zimmermann, son empirisme inductif d'obédience baconienne, et sa promotion précoce de l'expérience y compris instrumentalisée en médecine (notamment avec l'usage du thermomètre), cf. entre autres Emch-Deriaz 1992.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

l'observation de la maladie actuelle, & j'en *écrivais* le jugement le mieux réfléchi que je pouvois porter. Je *marquais* ensuite les indications curatives que j'avois apperçues, & les médicamens que je venois d'ordonner. A la seconde visite, *j'écrivais* les circonstances ultérieures de la maladie actuelle, j'augmentois ainsi l'histoire de la maladie, & j'en faisois les détails les plus exacts : je *marquais* les changemens que les moyens curatifs employés avoient produits : enfin j'ajoutois si j'avois bien ou mal manœuvré, selon les succès que j'avois ; & si le malade & les assistans avoient bien ou mal jugé de ma conduite.»¹⁷⁶⁶ Le soutien d'une tutelle aussi prestigieuse que le clinicien de Leyde ne pouvant nuire, Zimmermann enfonce le clou : « Boërhaave proteste que jamais il ne vit de malades au commencement de sa pratique sans écrire toutes les circonsces (sic) & tous les signes de la maladie dans l'ordre ou ils se présentoient & qu'il est incroyable combien il avoit profité de cette conduite. »¹⁷⁶⁷

Alors que Zimmermann concevait l'observation comme la première forme de l'expérimentation médicale qu'il prônait, qu'il la plaçait – comme beaucoup avant et après lui – au centre de la médecine légitime¹⁷⁶⁸, il est frappant de voir ici nettement le lien quasi consubstantiel qu'il établit entre médecine, observations exactes et écriture. On ne trouve pas moins de cinq acceptions des termes « écrire » ou « marquer » dans ce paragraphe. La chose est en soi assez notable : on ne relève par exemple que deux acceptions du verbe « écrire » dans le traité de séméiologie de Landré-Beauvais, et aucune des verbes « marquer », « noter » ou « inscrire »¹⁷⁶⁹. Non pas que l'étude des signes pathologiques ne requiert pas la tenue d'un cahier de visite ou tout autre dispositif scripturaire équivalent, mais la chose semble suffisamment entendue pour qu'on n'ait pas à y revenir¹⁷⁷⁰. Dix ans plus tard, Tissot, dans un ouvrage qui connut une large diffusion, prenait des positions sensiblement identiques, bien

1766 Zimmermann 1774, pp.268–269 Les italiques sont de nous.

1767 Zimmermann 1774, p.270 On peut synthétiser l'idée en disant que sans bonne observation pas de signe ».

Or c'est précisément, pour Foucault comme pour Canguilhem, la « production » des signes qui est la marque de la médecine positive. cf. Foucault 2003 [1963] chapitre VI et Canguilhem 1988, p.19

1768 « La médecine a pris naissance de l'observation, c'est l'observation qui l'a conduit au degré de perfection, et c'est par le défaut d'observation qu'elle n'est quelques fois qu'un verbiage vide de sens », Zimmermann 1774, p.241 cité par Emch-Deriaz 1992, p.9.

1769 Landré-Beauvais 1818.

1770 Pour preuve, ses louanges de Pinel, qui l'associa à ses cours de clinique à la Salpêtrière, pour avoir remis au goût du jour l'« exercice habituel, convenable et méthodique des sens » des étudiants auprès des malades, leur permettant de cerner les symptômes de la maladie, et de là de dégager les signes de celle-ci. Or nous allons voir l'insistance de Pinel pour la tenue de traces écrites dans cette partie de la pratique médicale. cf. Landré-Beauvais 1818, p.xvii.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

que plus orientées vers l'enseignement :

« Tous les médecins à qui on confie un malade, doivent aussi écrire exactement le journal de la maladie, en le commençant par la patrie, l'âge, le tempérament, ce qui a précédé son entrée dans l'hôpital, & ensuite ce que l'on observe chaque jour, les formules des remèdes, leurs effets, & tout ce qui a rapport aux évacuations, aux fonctions, aux crises, &c. La façon dont ces journaux font faits, sert infiniment au professeur pour juger des talents & de la capacité des jeunes gens ; j'en ai vû qui auroient fait honneur aux plus grands médecins. »¹⁷⁷¹

L'appel au maître Boerhaave est naturellement un grand classique. De fait, lorsque Pinel quarante ans plus tard développe ses conceptions dans l'article « clinique » précédemment cité¹⁷⁷², c'est précisément sur lui et sur l'*écriture* que porte sa critique de la « première clinique » allemande et viennoise du milieu du XVIIe siècle : « quels résultats a-t-on obtenus des unes et des autres [des institutions cliniques de Hambourg, Vienne et Strasbourg] ? Dans quels écrits trouve-t-on consignée la méthode qui a été suivie, et quelle a été son influence dans l'exercice de la médecine ? Boerhaave lui-même [...] n'a rendu aucun compte de ses journaux d'observations, et il s'est borné dans des discours académiques très remarquables, à donner des préceptes généraux sur la médecine clinique ».

Cet article du *Dictionnaire des sciences médicales* reprend pour partie les arguments que l'aliéniste¹⁷⁷³ avait déjà développés dans *La médecine clinique rendue plus précise par l'application de l'analyse*¹⁷⁷⁴. De fait, il est l'un des fers de lance de la clinique parisienne ayant le plus détaillé non pas seulement l'intérêt ou les bases épistémologiques de la clinique, mais aussi ses principes et outils méthodologiques. Dès 1793, dans sa réponse à la question mise au concours par la société (ex-royale) de médecine (déterminer quelle est la meilleure manière d'enseigner la médecine pratique dans un hôpital), Pinel mentionne la « méthode

1771 Tissot 1785, p.132.

1772 Voir art. Clinique (par Pinel) du dictionnaire des sciences médicales, Panckoucke 1812, vol.5.

1773 Sur Philippe Pinel (1745-1826), médecin français connu pour son « traitement moral » de la folie, une des meilleurs biographies est sans doute *Comprendre et soigner. Philippe Pinel (1745-1826). La Médecine de l'esprit*. cf. Weiner 1999.

1774 Pinel 1815.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

suivie par Stoll » à Vienne, où les étudiants inscrivent sur un registre le rapport du professeur, « ce qui, continué jour par jour, donnait l'histoire exacte de la maladie et de son traitement »¹⁷⁷⁵. Mais c'est essentiellement dans le dictionnaire des sciences médicales que Pinel (et Bricheteau) présente ses vues, pour les mettre en œuvre dans les différentes éditions de la *Médecine clinique*¹⁷⁷⁶. Vues qui, nous le verrons¹⁷⁷⁷, resteront largement partagées par Gaspard Laurent Bayle (alors même que ses désaccords avec le professeur Pinel seront profonds, notamment sur les fondements symptomatiques ou anatomiques des nosologies¹⁷⁷⁸) ou Pierre-Charles-Alexandre Louis vingt ans plus tard.

Il nous semble utile ici de présenter avec un certain degré de détail les conseils que Pinel donne quant à la forme des observations dans cet article. En effet, il n'y revient pas dans sa *Médecine Clinique* alors même que ces observations sont la base de cet ouvrage, qui n'en est que la forme retravaillée : « Lorsque je publiai la première édition de cet ouvrage, c'est à M Esquirol, actuellement médecin adjoint de la Salpêtrière, que j'avois confié le soin, sous ma révision, de rédiger d'une manière uniforme, et d'après mes principes, tous les cas particuliers de clinique, et de les rapporter à mon cadre nosographique. Chacun de ces faits, exposé avec précision et avec exactitude, offre ainsi un tableau rapproché propre à être embrassé d'un coup d'œil, et à être comparé facilement avec tout autre tableau analogue »¹⁷⁷⁹.

Après avoir présenté « le travail mental de celui qui recueille des observations au lit du

1775 Pinel & Weiner 1980 [1793], p.38.

1776 Dans les « considérations préliminaires » de laquelle il fait de longues citations de deux articles de Bayle 1812: cf. Pinel 1815, pp.8–13. Étonnamment, ces deux articles sont « Analyse appliquée à la médecine » et « Classification des maladies internes », et pas l'article « Observation » sur lequel nous nous appuyons ici, qu'il cosigne avec Isidore Bricheteau, futur successeur de Laënnec à Necker. cf. Pinel & Bricheteau 1812.

1777 cf. infra.

1778 Duffin 1986, pp.171–172.

1779 Pinel 1815, p.iv La *Médecine clinique* est éloquentement sous-titrée : « Recueil d'observations sur les maladies aiguës faites à la Salpêtrière ». On reviendra, cf. infra, sur le rôle particulier des formes tabulaires d'écriture. Le « tableau » clinique est tableau dans ses deux acceptions : portrait, mais aussi disposition particulière de l'écrit en lignes et colonnes.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

malade »¹⁷⁸⁰ Pinel présente le « travail mécanique, c'est-à-dire [les] diverses formes que doivent présenter les observations écrites. »¹⁷⁸¹

Dans ce domaine, la référence est sans surprise Hippocrate : « Précision et pureté du style, laconisme de la rédaction, exposition rapide des symptômes, choix propre à donner une juste idée de la marche de la nature, etc [...] L'observateur devra imiter un si utile exemple, en écrivant jour par jour, pendant tout le cours d'une maladie, sur des feuilles volantes ou sur un cahier ad hoc, l'ordre et la succession des symptômes ; en notant avec soin tout ce qu'on peut reconnaître par le témoignage fidèle des sens, ou bien sur le rapport du malade et de ceux qui l'entourent, tous les phénomènes de la maladie. »¹⁷⁸² Le malade doit être visité deux à trois fois par jour, voire plus dans les circonstances difficiles, « et on notera par écrit ce que son état présentera de plus frappant ». Une fois cette « histoire exacte écrite jour par jour sur le journal d'observation », il faut en faire la synthèse, « rédiger avec méthode [...] le tableau précis, correct et régulier » de la maladie¹⁷⁸³. La méthode est particulièrement nécessaire pour les maladies compliquées. « L'élève tracera sur son journal d'observation plusieurs colonnes destinées exclusivement à recevoir séparément les notes relatives aux signes des affections élémentaires de l'espèce compliquée : une de ces colonnes sera destinée aux symptômes communs. »¹⁷⁸⁴

Cependant, ces prescriptions ne sont pas inflexibles : elles sont surtout vraies pour les maladies aiguës. Pour les chroniques, plus lentes et longues, qui offrent moins de

1780 Qui consiste schématiquement à décrire l'état actuel en notant les symptômes qui frappent les sens, les douleurs et les différentes fonctions, remonter à l'état pré-pathologique pour le comparer avec l'état actuel, et rechercher les causes excitantes et prédisposantes. Ceci en suivant une démarche analytique cherchant les symptômes pris isolément pour les classer, comparer les signes, puis étudier l'ensemble des symptômes (i.e. la marche des maladies), repris sous une forme plus tabulaire dans Pinel 1815, p.5, preuve s'il en est des liens unissant les articles du Dictionnaire des sciences médicales et la *Médecine Clinique*.

1781 Pinel & Bricheteau 1812, p.33.

1782 Pinel & Bricheteau 1812, p.33.

1783 Bayle 1812, p.34.

1784 Bayle 1812, p.34.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

changements dignes d'être notés, il est inutile d'en faire l'histoire jour par jour : « on doit seulement présenter dans un tableau raccourci, dont toutes les parties se lient entre elles, les principales périodes de la maladie, et tenir note des phénomènes remarquables qui s'y sont montrés à des distances plus ou moins éloignées. »¹⁷⁸⁵ Il est en revanche nécessaire d'en faire ensuite un résumé sommaire pour faire connaître ses diverses périodes.

Voilà qui permet de cerner avec plus de concret comment les cliniciens en général et Philippe Pinel en particulier procédaient pour mettre un peu d'ordre dans cette « image en effet de confusion et de désordre [que représente] un rassemblement de cent cinquante ou deux cents malades réunis dans une infirmerie lorsqu'on veut se rendre un compte exact de leur situation respective »¹⁷⁸⁶ et la manière correcte de procéder quand on veut « ne point se borner à des aperçus superficiels fondés sur une simple compilation de divers auteurs mais de s'exercer à décrire des maladies aiguës dans les hôpitaux jour par jour depuis l'époque de leur invasion jusqu'à leur entière terminaison pour pouvoir ensuite établir des comparaisons exactes entre elles et saisir ainsi leurs affinités réciproques ou leurs différences spécifiques. »¹⁷⁸⁷

La chose n'est pas sans importance, car c'est par l'application de ces techniques scripturaires qu'il est possible d'observer correctement la maladie, et donc de rendre compte des symptômes « fondamentaux », de dégager les signes, de fixer une entité pathologique dans un ensemble nosographique pertinent (ce qui est évidemment l'objectif affiché de l'auteur de la *Nosologie philosophique*), et de là – au surplus – de poser un diagnostic, un pronostic et une thérapeutique adéquats. Évidemment, on peut dire que pour les thuriféraires de l'analyse condillacienne, « le problème essentiel se posait, non en termes de découverte, mais de

1785 Bayle 1812, p.35.

1786 Pinel 1815, p.1.

1787 Pinel 1815, pp.9–10.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

classification satisfaisante du pouvoir acquis ; trouvons un système, pensait-il, et, en peu de temps, tout sera (presque) parfait »¹⁷⁸⁸. Effectivement, épistémologiquement, la reprise des méthodes condillaciennes en science est un exercice classificatoire. Mais il reste que l'attribution d'une pathologie à sa classe a, dans l'exercice clinique, une visée ultimement pédagogique et thérapeutique. Quand Pinel, prenant l'exemple des péripneumonies gastriques ou bilieuses, adynamiques ou nerveuses, indique que l'on doit s'exercer, dans les hôpitaux, à « bien saisir les caractères distinctifs » des « espèces simples » des maladies, il commence par expliciter la méthode : former deux séries distinctes de symptômes, les uns se rapportant aux lésions des voies respiratoires, les autres à celles des voies alimentaires, évaluer séparément leur degré d'intensité, marche, prédominance et dangers. Une fois le moment analytique passé et « le caractère compliqué de la maladie » énoncé, il s'agit de déterminer les principes généraux du traitement, modulé par l'âge, le sexe, le mode de vie et la constitution du malade¹⁷⁸⁹. Pour résumer cette brève analyse de la méthode clinique comme à la manière de Pinel : une bonne thérapeutique exige une bonne classification, qui repose sur de bonnes observations, qui ne peuvent être qu'écrites¹⁷⁹⁰.

Avant de voir quelle forme cette discipline écrite prend dans la clinique de Pinel, il faut noter que souligner le lien entre nosologie, diagnostic et thérapeutique n'est pas nécessairement un topique de l'épistémologie médicale. Premièrement parce que les nosologies peuvent remplir bien d'autres fonctions, comme la classification des causes de décès, dont la visée en santé publique, si elle peut être préventive, n'est pas thérapeutique à

1788 Ackerknecht 1986, p.20 en parlant (avec exagération) de Cabanis. L'esprit, *mutadis mutandis*, peut aussi qualifier une partie de la pensée de Pinel : « Non seulement cette science des signes caractéristiques des maladies [qui décompose « par une sorte d'analyse » les maladies aiguës] doit être cultivée pour prévoir les événements favorables ou funestes mais elle doit être enchâssée dans un cadre général de classification pour former ainsi un ensemble méthodique et régulier. » Pinel 1815, p.9.

1789 Pinel 1815, pp.13–14.

1790 Au demeurant, on peut remarquer que le lien entre nosologie, diagnostic et thérapeutique est encore, sous des formes naturellement changeantes, objet de réflexion. Ainsi, H. Engelhardt insiste beaucoup sur l'orientation thérapeutique des nosologies.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

strictement parler¹⁷⁹¹. Deuxièmement parce que la valeur de la nosologie comme appui curatif est toujours sujet à débats. H. Engelhardt, par exemple, ne cesse d'insister sur les potentialités thérapeutiques des nosologies : « Je suis en grande partie d'accord avec la suggestion d'Henrik Wulff¹⁷⁹² que les catégories de maladies peuvent être appréhendées comme des véhicules du savoir et de l'expérience clinique, formées en vue d'un meilleur traitement. C'est dans ce sens que les typologies de maladies ne sont fondamentalement ni vraies ni fausses, mais plutôt plus ou moins utiles dans la conduite de la médecine clinique. Les lignes de classifications sont, en un mot, autant inventées que découvertes, et le critère de bonne invention doit *in fine* être fondé sur les typologies dans le traitement et la prévention des maladies. »¹⁷⁹³ Pour lui, c'est précisément ce lien entre nosologie et clinique qui fait défaut à la plupart des classifications actuelles, lien dont il soupçonne en passant Foucault d'avoir méconnu l'importance¹⁷⁹⁴ : « C'est cette différence entre le XVIIIe et le XXe siècle qui est la plus frappante en ce qu'un des services qu'une typologie des maladies peut rendre est une assistance dans la prise de décision médicale, pas seulement en développant un diagnostic fiable mais en effectuant un traitement

1791 cf. par ex. Fagot-Largeault 1989, chapitres 1 et 2.

1792 Il fait ici référence à Henrik R. Wulff, *Rational Diagnosis and Treatment*, Blackwell Scientific publications, Oxford, 1976.

1793 Engelhardt 1985, p.67 « *I agree in great measure with Henrik Wulff's suggestion that disease categories be regarded as vehicles of clinical knowledge and experience, shaped toward the goal of better treatment. It is in this sense that typologies of disease are not true or false in any straightforward fashion but rather are more or less useful in the conduct of clinical medicine. The lines of classification are, in short, as much invented as discovered, where the criteria for good inventions must in the end be based upon the typologies in the treatment and prevention of disease.* »

1794 « Sa typologie [celle de Boissier de Sauvages] des maladies fut érigée pour permettre des diagnostics clairs des cliniciens, et pour les assister dans la production de pronostics et la mise en œuvre d'efforts thérapeutique fructueux. Contrairement aux analyses de Foucault en la matière, cet effort était loin d'être un rationalisme pur. Sauvages reconnaissait que la caractérisation des espèces de maladies devait être fondée sur l'expérience avec les patients et, quelque peu pragmatiquement, que le genre devait avoir une signification stable même si une telle clarté n'est pas totalement présente dans les données. Une telle cohérence serait cherchée pour guider le traitement, comme il est suggéré par la *Nosologia* de Cullen, qui fonctionna comme un guide thérapeutique. » (« *His typology [de Boissier de Sauvages] of diseases was erected in order to allow unambiguous diagnoses by clinicians and to assist them in making reliable prognoses and in engaging in successful therapeutic endeavors. In contrast with Foucault's account of this matter, the endeavor was far from being a wooden rationalism. Sauvages recognized that the characterization of the species of disease should be based on experience with patients and, somewhat pragmatically, that the genera should be given a stable meaning even if such clarity is not fully found in the data. Such coherence would be sought in order to guide treatment, as is suggested by Cullen's *Nosologia*, which functioned as a guide to therapy* ») Engelhardt 1985, p.62.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

utile des problèmes cliniques. Les typologies modernes sont, cependant, généralement pas conçues pour avoir ces liens particuliers avec les intérêts cliniques. »¹⁷⁹⁵

À lire la *Médecine Clinique*, il est bien évident qu'un tel degré de précision et d'exhaustivité n'aurait pu être atteint sans un recours extensif à l'écrit. Il suffit de lire la façon dont sont exposés les cas des maladies des deux premières classes de la Section Première¹⁷⁹⁶ – les « fièvres primitives » et les « phlegmasie », pages 18 à 321 – pour voir mises en pratique les prescriptions méthodologiques du clinicien. Les cas sont présentés de manière standardisée, indiquant le prénom de la patiente, éventuellement sa profession, son « tempérament » ou sa « constitution », les maux justifiant l'hospitalisation, puis la liste des symptômes classés par jour d'observation depuis l'admission (jusqu'à 60 jours, tous ne suscitant pas des observations, pour un cas de « rhumatisme goutteux », pp.309-311). Le substrat de ces comptes-rendus de cas n'est autre que « les notes qu'on recueille chaque jour [...] liées entr'elles de manière à former un ensemble régulier »¹⁷⁹⁷, insiste Pinel dans la dernière partie de l'édition de 1815 de son ouvrage, partie consacrée à « l'épidémie de typhus qui régna pendant le séjour des militaires malades à l'hospice de la Salpêtrière, durant l'hiver 1814. »¹⁷⁹⁸

Gaspard Laurent Bayle (à qui Ackerknecht et Huard font crédit, avec Laënnec, de la coupure épistémologique que Foucault attribue à Bichat¹⁷⁹⁹), dans sa thèse de médecine de

1795 Engelhardt 1985, p.64 « *It is this difference between eighteenth – and twentieth-century typologies which is most striking in that one of the possible services of a typology of disease is assistance in medical decision-making, not only in developing reliable diagnosis but in effecting useful treatment of clinical problems.*

Modern typologies are, however, not usually seen to have this close relationship to clinical interests. »

1796 La méthode est moins patente dans les classes subséquentes : les jours n'apparaissent pas clairement, et la forme du texte est moins tabulaire (sur cette notion, voir infra. section suivante).

1797 Pinel 1815, p.541.

1798 Pinel 1815, pp.532–544.

1799 cf. Grmek & Lambrichs 1999, p.149, voir aussi Imbault-Huart 1981. Georges Canguilhem quant à lui, à la

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

1802 (date de la parution de la première édition de la *Médecine Clinique*), insiste aussi lourdement sur la dimension écrite de la « médecine d'observation »¹⁸⁰⁰.

Dans la section consacrée aux « moyens de perfectionner l'art de l'observateur », il commence par indiquer que les symptômes sont les « phénomènes apparens de la maladie » que le médecin peut connaître par ses sensations, les récits du malade ou de ses assistants¹⁸⁰¹. Le praticien doit se méfier du malade et de lui-même, « et cependant noter avec soin les phénomènes qui ne peuvent être connus que par son rapport. »¹⁸⁰². Reste à savoir quel niveau de détail atteindre dans ces descriptions. Pour Bayle comme Pinel, il doit être élevé. Mais pas pour les mêmes raisons : pour le jeune anatomo-pathologiste, il ne faut pas se contenter de déterminer les espèces des maladies, mais aussi indiquer leurs nuances. Il convient donc de ne pas noter seulement les signes pathognomoniques, mais « tout ce qui peut donner une connoissance parfaite de l'objet qu'elle [l'observation] tend à représenter »¹⁸⁰³. Il faut donc faire des observations « complètes », i.e. « l'exposition détaillée des symptômes et de la marche d'une maladie individuelle ; elle l'a fait connoître dans ses divers degrés, permet d'apercevoir les indications qu'elle présentait à chaque époque, et l'effet des remèdes administrés ; elle fait encore distinguer ce qu'elle a de commun avec les maladies rangées dans la même série sous le nom d'espèce. Ainsi elle peint à l'imagination tous les traits qui,

question de savoir « parmi les maîtres de l'école de Paris lequel a le plus fait pour orienter la médecine dans la voie où elle pouvait prétendre au statut épistémologique de science positive », répond qu' « il semble que l'on puisse hésiter entre Laënnec et Louis ». Le premier parce qu'il « provoque l'éclipse du symptôme par le signe » à l'aide du stéthoscope qui peut révéler un signe pathologique asymptotique comme la pectoriloquie dans les cas de phtisie pulmonaire, le second parce qu'il fait entrer dans la pratique médicale « une contrainte d'ordre épistémologique déjà reconnue en cosmologie et en physique : pas de prévision sérieuse possible sans traitement quantitatif des données initiales ». Canguilhem 1988, pp.19–20.

1800 Qui forme l'une des trois branches de la médecine sur lesquelles il se penche plus précisément dans sa thèse (les autres étant la nosologie et la médecine pratique), et qu'il définit comme celle qui « accumule les faits, les consigne dans les fastes de l'art, en transmet la connoissance dans tous les lieux et les transmet aux races futures ». Bayle 1802, pp.65–66.

1801 Bayle 1802, p.27 à rapprocher de Pinel 1815, p.33.

1802 Bayle 1802, p.27.

1803 Bayle 1802, p.31.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

par leur réunion, constituent la maladie »¹⁸⁰⁴. On peut donc énumérer des symptômes qui paraissent indifférents pour le diagnostic, parce qu'ils peuvent devenir importants par la suite.

Viennent ensuite les conseils pour tracer les « histoires particulières » des maladies. Là encore¹⁸⁰⁵, la prise de note diffère selon que la maladie est aiguë ou chronique : pour les maladies aiguës, ce doit être « presque un journal exact de la maladie et des moyens employés pour la combattre », alors que pour les chroniques il s'agira d'« une histoire plutôt qu'un journal ; mais on présente le tableau de l'état du malade, tracé à certaines époques principales de la maladie. »¹⁸⁰⁶ Le modèle est la méthode de la clinique interne de l'École de Médecine (administrée en 1802 par le Conseil Général des Hospices sous le nom d'« Hospice des Cliniques ») : pour chaque observation, relever année, lieu, climat, saison, constitution médicale, nom du sujet, profession, âge, tempérament, maladies héréditaires, état habituel de santé, maladies antérieures, invasion de la maladie actuelle, ses symptômes, sa marche, remèdes administrés, ce qu'on a vu survenir après leur administration, etc. [...] mention de la convalescence, de l'état de santé subséquent, ou de la mort, des phénomènes qui l'ont accompagnée, et du résultat de l'ouverture cadavérique »¹⁸⁰⁷. Chaque observation devrait être faite sur 3 colonnes : dans celle du milieu, l'histoire comme il vient d'être indiqué. Dans la première, la même histoire mais succinctement (comme chez Hippocrate ou Boërhaave), dans la troisième le diagnostic et pronostic et leurs fondements, les raisons du traitement et des éventuels changements d'avis. Ainsi, « on fixe pour ainsi dire chaque instant de la maladie, et on en met en quelque sorte l'ensemble sous les yeux du lecteur » tout en facilitant les comparaisons¹⁸⁰⁸.

1804 Bayle 1802, pp.31–32.

1805 Comparer avec l'article « Observation » du Dictionnaire des sciences médicales, de dix ans postérieurs, dans lequel il est indiqué que pour les maladies chroniques, il est inutile d'en faire l'histoire jour par jour : « on doit seulement présenter dans un tableau raccourci » cité supra note 1747.

1806 Bayle 1802, p.34.

1807 Bayle 1802, pp.34–35.

1808 Bayle 1802, p.36.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

Le temps ne change que peu de choses à l'affaire : trente deux ans plus tard, Pierre Charles Alexandre Louis publie, un cours sur l'instruction clinique, traduit en anglais¹⁸⁰⁹. Après avoir – dans la première division sur « l'étude des faits particuliers, ou des maladies considérées de manière isolée » (pp.5-20) – indiqué classiquement qu'il est nécessaire au clinicien de collecter la plus grande quantité de données possible, par des « examens lents et consciencieux de tous les patients »¹⁸¹⁰, de s'enquérir de la profession, corpulence, fragilité de santé et conformation habituelle du malade, du début des symptômes¹⁸¹¹ ; il expose, comme Pinel, l'importance qu'il y a à considérer les symptômes un par un, dans l'ordre de leur développement, de façon à séparer symptômes « primitifs » et « secondaires » et à ne pas se tromper sur le vrai caractère de l'infection (p.7). Les fonctions doivent être étudiées également, pour déterminer si au commencement se trouve une lésion grave ou un « état général de maladie »¹⁸¹². C'est en exposant l'utilité de l'anatomie pathologique, qui établit la valeur des autres méthodes exploratoires (notamment la percussion et l'auscultation), qu'on voit clairement établie l'importance d'une prise de note précise¹⁸¹³ :

« L'histoire des symptômes est vaine à moins qu'elle n'ait été notée très méticuleusement, depuis leur commencement jusqu'à leur terminaison ; à moins que toutes les fonctions aient été interrogées de la même façon : l'anatomie pathologique ne peut donc rendre à la science tous les services que l'on peut en attendre que si l'on procède avec un soin extrême à l'examen de tous les organes, dans les cas où l'issue fut fatale. »¹⁸¹⁴

1809 Louis 1834. La page de garde indique que l'auteur est E. Ch. A. Louis, mais il s'agit bien de P.C.A. Louis, médecin de l'hôpital de la Pitié.

1810 Louis 1834, p.3.

1811 En donnant des astuces utiles et des mises en garde pertinentes : retrouver la chronologie en s'aidant des fêtes et événements publics, savoir que la plupart des personnes issues des classes ouvrières datent le début de leur maladie du moment où ils ne peuvent plus exercer leur activité professionnelle, etc.

1812 Louis 1834, p.7.

1813 D'autant plus précise qu'il affirme p.15 que l'observation est au médecin ce que l'expérience est au philosophe naturel : son fondement comme science.

1814 Louis 1834, p.10 Le soulignage est de nous, l'acception « noted » veut bien dire noté par écrit (et pas simplement « remarqué »), cf. même acception p.23 « As the history of symptoms becomes valueless unless

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

L'importance cruciale de la trace écrite est encore accentuée dans le cadre de la « méthode numérique »¹⁸¹⁵ dont il se fait le thuriféraire. Pour qu'un symptôme soit qualifié de pathognomonique pour une maladie donnée, il faut qu'on puisse en chiffrer la fréquence lors des cas avérés de cette maladie, et non se contenter d'appréciations quantitatives différentielles vagues (« plus ou moins », fréquemment, etc¹⁸¹⁶).

Mais alors, quelle importance donner aux cas hors-norme, où un symptôme généralement associé à une maladie est absent, alors que la pathologie est bien présente ? Le risque est grand de voir ici la nécessité de la méthode numérique largement minorée, voire marginalisée en recourant, pour tous ces cas, à l'intuition et à l'expérience du clinicien. L'argument limite est essentiel, parce qu'en matière de diagnostic et de classification, *tous* les cas cliniques concrets sont potentiellement intégrables à des cas hors-norme. On peut même aller jusqu'à dire qu'ils sont tous hors-norme *a priori*, et que c'est l'essence même du diagnostic différentiel que de déterminer l'entité pathologique présente alors que les symptômes usuels *peuvent* être absents. P.C.A. Louis, conscient de l'obligation de parer par avance à cette critique, avance un argument méthodologique simple : pour que les résultats obtenus par la méthode numérique n'aient pas seulement l'apparence de l'exactitude, mais qu'ils soient effectivement vrais (*actually true*), il faut que les faits qui en forme la base soit exacts. Parmi les cas où un symptôme manque, il ne faut pas compter ceux où le symptôme n'a pas été noté (ce peut être un oubli), mais où il a été positivement mentionné que le symptôme n'est jamais apparu. « Ce qui nous ramène à la règle précédemment édictée : étudier minutieusement toutes les fonctions, et noter l'état de chacune. »¹⁸¹⁷

they have been noted with great care, from their commencement to their termination ; unless all the functions have been interrogated in the same manner : so pathological anatomy can only render to science all the service which might be expected from it, when we proceed with extreme care to an examination of all the organs, in those cases which have proved fatal. »

1815 Sur PCA Louis et la méthode numérique, voir infra, section 3.2.2.

1816 Louis 1834, p.22.

1817 Louis 1834, p.23 « Which brings us back to the rule previously laid down ; to study carefully all the

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

Au terme de cette section, on peut donc affirmer sans crainte de se tromper que la médecine hospitalière, et en particulier celle du début du XIXe (qu'elle soit clinique, mais aussi anatomo-clinique voire numérique) se devait de recourir extensivement à des traces écrites. Ce point, s'il peut apparaître évident ou trivial *prima facie*, n'est pourtant pas sans conséquence, dans la mesure où l'écrit impose et permet des types de formalisation et de raisonnement particuliers. Or nous verrons que l'*inscription* médicale (tant dans sa forme que dans sa fonction) présente des convergences nettes avec l'écriture administrative. En d'autres termes, dans son expression scripturaire aussi la médecine présente des homologies et des analogies¹⁸¹⁸ avec l'administration des hommes et des choses¹⁸¹⁹.

3.1.1.2 *Écrire, une pratique transparente et neutre ?*

Pour bien établir que l'enregistrement écrit n'est pas neutre, il est utile de faire un bref excursus par les réflexions de Jack Goody, David Olson ou Delphine Gardey.

Exprimé de la façon la plus claire, on peut dire que « L'écriture, et c'est en cela qu'elle est magique, n'est pas un simple outil mnémotique, une sorte d'aide mémoire : elle occupe une fonction épistémologique essentielle. Lorsque nous écrivons, nous ne nous souvenons pas seulement de ce que nous avons pensé ou dit à un moment ou à un autre : nous regardons ce que nous avons pensé ou dit d'un œil nouveau. »¹⁸²⁰ En ce sens, cette section sur l'écriture clinique et administrative reprend le « projet archéologique » poursuivi par Delphine Gardey :

functions, and note the state of each. »

1818 Pour reprendre une distinction que François Jacob attribue, en histoire naturelle, à Owen, dans un cadre il est vrai très différent (en l'occurrence l'anatomie comparée) : « l'homologie décrit la correspondance des structures, l'analogie celle des fonctions. » F. Jacob 1970, p.116.

1819 Pour reprendre l'heureuse formule de Delphine Gardey, Gardey 2008, pp.11 & sq.

1820 Olson 1998, p.10.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

« Le projet est archéologique, au sens où il s'agit de partir à la recherche des vestiges matériels (techniques et cognitifs) des sociétés productrices d'immatérialités ou de rendre compte de l'ensemble des moyens (gestes, objets, outils, machines, formats, dispositifs) qu'il faut d'abord avoir mis en place – dans le domaine de l'administration des hommes et des choses – pour que les « choses » - l'entreprise, la banque, l'administration, le gouvernement – fonctionnent. D'une certaine façon, l'enquête porte sur les rouages ordinaires et méconnus des sociétés et des économies occidentales depuis le début du XIXe siècle, et ainsi, sur les conditions d'exercice qui rendent leur « mode d'existence » possible. »¹⁸²¹

C'est précisément cette démarche que nous adoptons ici, bien que l'objet en soit légèrement décalé. Il ne s'agit pas pour nous d'étudier des « sociétés » mais une « science » productrice d'immatérialité (en l'occurrence, un savoir clinique et anatomo-clinique), et nous limitons ici notre analyse aux moyens (gestes, objets, formats) commun à la bonne administration et à la bonne médecine. Il n'en reste pas moins que nous espérons mettre au jour une partie de ce qui rend leur « mode d'existence possible », et montrer que cette modalité d'existence n'est pas séparable de modalités de connaissance.

Avant d'étudier en détail, dans la section suivante¹⁸²² quelles formes prirent les prescriptions d'écriture dans les hôpitaux parisiens durant le premier tiers du XIXe siècle, voyons en quoi le simple fait d'écrire – dont nous avons vu qu'il était une des implications majeures de la clinique – implique en soi¹⁸²³ un mode de pensée particulier.

Nous n'ignorons pas que des études postérieures¹⁸²⁴ sur le rôle de l'écriture dans les

1821 Gardey 2008, p.6.

1822 cf. infra section 3.1.2 p.559.

1823 Et ceci de façon générale, bien au-delà de la seule médecine.

1824 Notamment les travaux de Scribner & Cole dans *The psychology of Literacy*, 1981 qui affirment que « l'introduction de l'écrit dans une société traditionnelle n'entraîne aucun changement cognitif notable, ne change peut-être même rien à la capacité à mémoriser, à classifier ou à tirer des conclusions logiques. », Olson 1998, p.35 ; ou de MJ Carruthers pour qui le fait de « noter quelque chose par écrit ne change fondamentalement rien à la représentation mentale qui nous en avons » (*The book of memory : a Study of memory in Medieval Culture*, p.31 cité par Olson 1998, p.27).

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

processus cognitifs jettent un doute sur les conclusions des travaux de Jack Goody – que nous utilisons extensivement dans les paragraphes suivants – ou de « l'école de Toronto » (avec Marshall McLuhan ou Éric Havelock). Cependant il nous semble que les analyses de Goody restent pertinentes si on en oblitère l'éventuelle dimension causale¹⁸²⁵, et si on les utilise non pas pour montrer qu'une pensée se développe sur la base d'une écriture, mais qu'une pensée est à tout le moins facilitée par une écriture. C'est une façon de comprendre Olson quand il écrit que le rôle essentiel de la culture écrite¹⁸²⁶ « n'est pas tant de développer de nouvelles ressources, comme la pensée logique, que de rendre conscientes les anciennes ressources »¹⁸²⁷.

Un exemple : il est bien évident que l'analyse dont se réclamait si ardemment Pinel ou Cabanis, à la suite de Condillac, ne peut se concevoir qu'écrite. C'est peut-être l'évidence de la chose qui permet à Foucault, qui insiste longuement sur le rôle de l'empirisme et de l'analytique de Locke et de Condillac dans sa *Naissance de la Clinique*, d'ignorer la méthodologie de cette analyse clinique. Jack Goody explicite quant à lui clairement que l'une des grandes qualités de l'écriture est de permettre un retour, un réagencement des éléments inscrits. « Il est important d'insister sur une propriété majeure de l'écriture, à savoir la possibilité qu'elle offre de communiquer non pas avec d'autres personnes mais avec soi-même. Un enregistrement durable permet de relire comme de consigner ses pensées et ses annotations. De cette manière on peut revoir et réorganiser son propre travail, reclassifier ce que l'on a déjà classifié, rectifier l'ordre des mots, des phrases et des paragraphes. »¹⁸²⁸ Ce qui

1825 Qui serait à discuter pour ce qui concerne les analyses de Goody : « Je tiens à répéter que je ne propose pas une théorie uni-factorielle ; la structure sociale qui est à l'arrière plan des actes de communication est souvent de première importance. Néanmoins, ce n'est pas par hasard si les étapes décisives de ce que nous appelons maintenant « science » ont à chaque fois suivi l'introduction d'un changement capital dans la technique des communications : l'écriture en Babylonie, l'alphabet en Grèce ancienne, l'imprimerie en Europe occidentale. » Goody 1978, p.107.

1826 Et de l'urbanisation, puisqu'il discute les théories marxistes de Vygotski et Luria.

1827 Olson 1998, p.51 Point de vue d'ailleurs exprimé en un sens par Jack Goody lui-même, pour qui les sociétés traditionnelles se caractérisent moins par le manque de pensée réflexive que par le manque d'outils appropriés à l'exercice. Goody 1978, p.97.

1828 Goody 1986, p.91.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

apparaît comme un simple enregistrement est en réalité une manière d'extraire des données des situations réelles dans lesquelles elles se sont manifestées¹⁸²⁹, « de faire subir un changement de statut à la pratique et à ses produits »¹⁸³⁰.

Ainsi, toujours pour Goody et dans sa perspective anthropologique, la conscience des alternatives est facilitée dans une société d'écriture, où les livres permettent la connaissance de cultures d'époque et de temps diverses.

« Mais c'est surtout la forme dans laquelle sont présentées les alternatives qui rend conscient des différences, qui oblige à voir les contradictions, qui fait prendre conscience des “règles” de raisonnement, qui contraint à élaborer une telle “logique”. Et cette forme est fonction du mode écrit ou littéraire d'expression. Pourquoi ? Parce que, quand un énoncé est mis par écrit, il peut être examiné bien plus en détail, pris comme un tout ou décomposé en éléments, manipulé en tous sens, extrait ou non de son contexte. Autrement dit, il peut être soumis à un tout autre type d'analyse et de critique qu'un énoncé purement verbal. »¹⁸³¹

Cet enjeu, voire cette impérieuse nécessité de l'écriture est encore plus flagrante dans le cas de la liste, dispositif essentiel de la médecine anatomo-clinique puis de la méthode numérique : liste de cas, liste de symptômes, liste de remèdes, liste de guérisons et décès, etc. Non pas que le système soit lui-même créé par l'écriture : il n'y a pas de langage sans classement. Mais dans un contexte oral, les situations où les individus forment des classifications exhaustives sont très rares. L'écriture transforme la liste et la liste transforme la série en classe : dans l'écrit, la perception du modèle, du motif est surtout d'ordre visuel. On a

1829 Pour Goody, dont l'objet principal est l'épistémologie des sciences sociales, et en particulier de l'anthropologie, ces situations réelles sont des situations d'interaction sociale analysées par l'anthropologue. Mais il est frappant de voir à quel point on peut appliquer cette exacte idée, jusque dans sa formulation, à la recherche du *signe* dans le diagnostic clinique.

1830 Goody 1978, note p.14.

1831 Goody 1978, pp.97–98, et il poursuit avec un autre « effet de l'écriture », sur lequel nous reviendrons : « Le discours ne dépend plus d'une “circonstance” : il devient intemporel. Il n'est plus solidaire d'une personne ; mis sur le papier, il devient plus abstrait, plus dépersonnalisé. »

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

donc bien là un effet du media sur le contenu. Goody va même plus loin : « Une activité comme la mise en liste, difficilement envisageable dans les cultures orales, est de celles qui ont favorisé le développement de l'histoire et des sciences d'observation ainsi que, à un niveau plus général, la recherche et la définition de schémas classificatoires. »¹⁸³² et il applique nommément cette analyse à la médecine : « Le développement de la médecine, dans ses secteurs les plus importants, avec toute sa lenteur, suppose qu'on soit capable d'examiner de façon critique une liste d'ingrédients, leur mode d'emploi et les comptes rendus de leurs résultats expérimentaux, puis de diffuser et de répartir ce savoir auprès des praticiens et de leurs patients. »¹⁸³³

Pour conclure sur les aspects généraux de l'activité d'écriture et de son influence sur les modes de pensée¹⁸³⁴, on peut dire que l'*inscription* en tant que telle contraint la pensée. Cette inscription peut prendre plusieurs formes (dont nous verrons une forme majeure par la suite, le tableau), chacune offrant, par rapport à l'oralité, des profits et des pertes. Mais plus, en écrivant, le support de l'information – le papier et les signes qu'il porte, pour la période qui nous occupe – finit par incarner la réalité qu'il représente, dont il devient en un sens inséparable. C'est l'argument qu'Olson développe à propos de la mathématisation de la physique : « Représenter les propriétés du mouvement sous la forme de démonstrations géométriques et d'équations algébriques n'est pas simplement noter ce qui est déjà connu. Il

1832 Goody 1978, p.191.

1833 Goody 1978, p.223.

1834 Sans aller jusqu'à reprendre les analyses en termes de « style de pensée » ou « style de raisonnement » développées par A. Crombie ou Ian Hacking. Sur ce point, voir Crombie 2008 et Hacking 2008 et sans déborder ici sur les dimensions socio-professionnelles que peuvent revêtir la maîtrise et l'utilisation de l'écrit : incarnation d'un pouvoir, d'une autorité et d'une légitimité. Olson, quant à lui, n'hésite pas à affirmer le lien entre les travaux de Hacking sur les styles de raisonnement et la réinterprétation des travaux de Lévy-Bruhl sur la « pensée primitive » par Goody : « Il n'est pas abusif de voir dans les théories actuelles concernant les « styles » et les « manières de raisonner » un lointain héritage de ses travaux [à Lévy-Bruhl] consacrés aux différents modes de pensée et de savoir » en citant Hacking, *The Taming of Chance*. Olson 1998, p.30.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

s'agit plutôt de reconstruire ces propriétés en utilisant des structures disponibles dans les langages formalisés et écrits. On pense au moyen de représentation ; le produit de ces calculs est alors comparé aux faits observés. Le monde auquel on pense n'est plus simplement le monde "réel", mais le monde comme il est représenté sur le papier. »¹⁸³⁵ La même chose peut certainement, à notre avis, être dite des nosologies et des procédures de diagnostic et de pronostic clinique (anamnèse, comparaison avec des cas similaires, etc).

On comprend dès lors l'importance de la formalisation des inscriptions, alors même que l'écriture est elle-même génératrice d'une attention accrue aux aspects formels de la communication : « dans un sens plus général, l'écriture est génératrice d'une conscience plus grande des formes et de la formalisation. »¹⁸³⁶ Formalisation aux fonctions conservatoires, mais pas toujours conservatrices : elle peut être la condition de progrès rapides de la connaissance, et on retrouve ici l'attachement des Lumières à la réflexion sur le langage et son adéquation à son objet, que ce soit avec les aspirations à un « langage universel » de Condorcet¹⁸³⁷ ou les exigences de Cabanis pour lequel, alors que la médecine progresse rapidement, « il ne peut plus sur-tout être permis, au milieu d'objet [ceux de la médecine] si multipliés, si fugitifs, si mobiles, et dans l'examen desquels les moindres vices de raisonnement, ou de déduction conduisent aux plus dangereuses erreurs, de tolérer un langage vague et sans précision, capable d'obscurcir les vérités les plus simples, et de donner à de pures visions toutes les apparences de la réalité » en conséquence de quoi il faut que la médecine « emprunte le langage sévère et précis de la [physique], le ton communicatif et pour

1835 Olson 1998, pp.247–248.

1836 Goody 1978, p.221.

1837 Condorcet 1998 [1795], pp.284–285 et Granger 1954.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

ainsi dire vulgaire de la [morale] »¹⁸³⁸.

Ainsi donc, si des artefacts comme des inscriptions finissent par être, dans leur matérialité même, difficilement dissociables des phénomènes qu'ils décrivent, leur forme ne peut être indifférente. On a vu, dans la section précédente, certaines des prescriptions qui présidaient à l'inscription clinique. Il nous faut encore en expliciter deux. La première, brièvement, tient aux exigences de style dans la rédaction des observations et compte-rendus, la seconde, que nous verrons plus avant dans la section suivante, tient à la mise en forme des données ainsi collectées.

La chose est évidente, cependant elle vaut d'être remarquée : l'écriture scientifique en général, et clinique en particulier, se doit de répondre à un certain nombre de canons stylistiques autant que lexicaux. Le choix du lexique est à l'évidence d'une importance cruciale pour la nosologie, où les entités pathologiques doivent être le moins polysémiques possible. Bayle, par exemple, recommande de faire attention aux dénominations, de prendre des noms génériques et triviaux. Pour lui, il convient de conserver les dénominations reçues, et quand elles sont mauvaises ou insuffisantes, inventer des noms sobres tirés du grec ou latin. Les noms choisis doivent être simples et sans jugement, pour éviter qu'ils ne changent avec l'avancée des sciences (à l'image, par exemple, de la fièvre putride devenue adynamique)¹⁸³⁹.

Le style de rédaction des observations, quant à lui, se doit en général d'être dépouillé et concis. Dans le conflit qui oppose, selon Jean-Luc Chappey, « science mondaine » et « science sévère » à partir des années 1770, et qui s'intensifie avec les années 1790 – au

1838 Cabanis 1804, p.6.

1839 Bayle 1802, pp.16–17.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

moment où la professionnalisation du milieu s'accroît – « en se cristallisant autour du problème de la « langue scientifique » »¹⁸⁴⁰, Bayle et Pinel, pour reprendre nos deux exemples, défendent résolument une langue épurée, austère¹⁸⁴¹.

Naturellement, il ne s'agit pas pour nous de dire que le langage clinique de la fin du XVIII^e ou du début du XIX^e marque l'émergence d'une norme radicalement nouvelle de la communication scientifique¹⁸⁴². Les travaux de Michel Foucault ont bien montré l'ancienneté de ce changement de statut du langage, qu'il fait remonter au XVII^e siècle qui pour lui « marque la disparition des vieilles croyances superstitieuses ou magiques, et l'entrée, enfin, de la nature dans l'ordre scientifique. »¹⁸⁴³ Si l'on suit ses analyses, c'est à l'âge classique, déjà, que le signifiant se désolidarise du signifié et que « le texte cesse de faire partie des signes et des formes de la vérité ; le langage n'est plus une des figures du monde, ni la signature imposée aux choses depuis le fond des temps. La vérité trouve sa manifestation et son signe dans la perception évidente et distincte. Il appartient aux mots de la traduire s'ils le peuvent ; ils n'ont plus droit à en être la marque. Le langage se retire du milieu des êtres pour entrer dans son âge de transparence et de neutralité. »¹⁸⁴⁴ Ceci étant, dans ce processus, l'étude de la nature – sous la forme de l'histoire naturelle (dont on sait qu'elle entretient des liens particulièrement étroits avec la médecine jusqu'à la fin du XIX^e siècle¹⁸⁴⁵) – tient une place de

1840 Chappéy 2004, p.4.

1841 En l'occurrence, sans invalider sur le fond les idées avancées par Thomas Laqueur dans Laqueur 1989, il nous semble que ce conflit et le passage d'un discours vrai à un discours objectif décrit par Daston (L. Daston 1999) semblent être de bien meilleurs arguments pour expliquer le changement de style souhaité et assumé que celui qui voudrait que l'humanitarisme des médecins du milieu du XIX^e siècle étant devenu une évidence, il soit « allé sans dire » (Laqueur 1989, p.184) et sans avoir à le rappeler par le recours au « humanitarian narrative » décrit par l'auteur.

1842 Voir par ex. Carlino & Jeanneret 2009, p.17: « on constate dès le Moyen-âge tardif la volonté explicite de mettre en œuvre une distinction entre les modalités énonciatives du discours médical et l'énonciation ornée propre à d'autres discours littéraires, ainsi qu'une prise de conscience explicite de la part de quelques auteurs de textes médicaux d'un registre approprié et spécifique », « la transparence du langage et la pureté du style ne [constituent] pas une prérogative du discours médical. »

1843 Foucault 1999 [1966], p.68.

1844 Foucault 1999 [1966], p.70.

1845 Voir par exemple comment Pinel pouvait subsumer la médecine sous l'histoire naturelle (les italiques sont de nous) : dès la première page de l'introduction de sa médecine clinique, il explique qu'il croit « devoir au

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

toute première importance : « l'âge classique donne à l'histoire un tout autre sens : celui de poser pour la première fois un regard minutieux sur les choses elles-mêmes, et de transcrire ensuite ce qu'il recueille dans des mots lisses, neutralisés et fidèles. On comprend que dans cette « purification », la première forme de l'histoire qui se soit constituée ait été l'histoire de la nature. »¹⁸⁴⁶ Enfin, dernier acte pour Foucault, le XIXe siècle marque un « repli sur soi », l'acquisition d'une « épaisseur propre », d'une « objectivité » du langage : il n'est plus « la première ébauche d'un ordre dans les représentations du monde ; [...] la manière initiale, inévitable, de représenter les représentations » et le lieu de formation de toute généralité, qu'il était à l'âge classique. Il devient un « objet de la connaissance parmi tant d'autres ». De là un souci constant du XIXe, que partage nos cliniciens :

« Vouloir neutraliser et comme polir le langage scientifique, au point que, désarmé de toute singularité propre, purifié de ses accidents et de ses impropriétés – comme s'ils n'appartenaient point à son essence – , il puisse devenir le reflet exact, le double méticuleux, le miroir sans buée d'une connaissance qui, elle, n'est pas verbale. C'est le rêve positiviste d'un langage qui serait maintenu au ras de ce qu'on sait : un langage-tableau. »¹⁸⁴⁷

C'est bien dans ce mouvement, aux dimensions intellectuelles et sociales¹⁸⁴⁸ qu'on doit replacer les louanges de Pinel et Bichat déjà citées¹⁸⁴⁹ pour le spartiate du verbe

public un compte exact d'une méthode successivement perfectionnée dans [ses] cours particuliers, et qui rapproche l'enseignement clinique de la médecine, de celui de toutes les autres parties de l'histoire naturelle » Pinel 1815, p.i Voir aussi qu'aux côtés de son *Systema Naturæ*, Linné publia également un *Genera morborum* en 1763. Indiquons ici que la chaire d'histoire naturelle médicale est créée avec l'école de médecine de Paris le 14 frimaire an III. Dès le départ, elle est subdivisée en chaire de matière médicale et chaire de botanique. Supprimée en 1822, elle est rétablie en 1823, la chaire de matière médicale étant réunie à celle de thérapeutique pour former la chaire de thérapeutique et matière médicale, celle de botanique devenant chaire d'histoire naturelle médicale. C'est Raphaël Blanchard qui fait renommer la chaire d'histoire naturelle médicale de la Faculté de Médecine de Paris, dont il était titulaire depuis 1897 en chaire de parasitologie en ... 1906. cf. Hacking 1989, pp.657–658.

1846 Foucault 1999 [1966], p.143.

1847 Foucault 1999 [1966], p.309.

1848 Si l'analyse de Foucault ne porte pas spécifiquement sur le langage scientifique, Chappéy relie très bien la formation des normes de la « science sévère » à une lutte pour la légitimité et la reconnaissance publique étatique.

1849 cf. supra, section 3.1.1.1 p.531.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

hippocratique : « Précision et pureté du style, laconisme de la rédaction, exposition rapide des symptômes, choix propre à donner une juste idée de la marche de la nature, etc. »¹⁸⁵⁰ Le conseil est effectivement repris dans la médecine clinique : ainsi, il explique au sujet des fièvres inflammatoires (angioténiques) que ses observations sont écrites « en style aphoristique suivant la méthode d'Hippocrate »¹⁸⁵¹. Idem dans la section seconde de l'ouvrage, consacrée aux « Considérations générales sur les histoires des maladies observées à la Salpêtrière sur l'influence des localités et des saisons et le traitement de ces maladies », où l'aliéniste indique que

« Son histoire graphique [celle de la maladie], pour offrir un tableau clair et facile à saisir, doit être dégagée de tout étalage d'érudition, de toute explication frivole, ou d'un vain appareil de formules de pharmacie ; elle doit être réduite à ses moindres termes, c'est-à-dire ne présenter que les symptômes fondamentaux tracés en style aphoristique. Ces histoires sont alors faciles à rapprocher les unes des autres; on saisit les ressemblances et les différences marquées des maladies, et la médecine peut parvenir ainsi à former un corps régulier de doctrine dont on puisse embrasser et transmettre à d'autres les principes. »¹⁸⁵²

Notons ici l'expression d'« histoire graphique » utilisée par l'auteur et la corrélation qu'il établit avec le tableau. Nous reviendrons dans la prochaine section sur cette polysémie fondamentale du « tableau clinique » liant dessin et écriture, à la fois représentation qui se veut vivante et colorée, mais aussi et peut-être surtout grille, mode d'organisation de la connaissance en lignes et colonnes. Qu'il nous soit permis ici d'insister sur l'idée que l'histoire de cas est une histoire écrite, tributaire d'une forme particulière du langage, sa forme scripturaire, agencée dans une mise en forme elle aussi particulière, qui se révélera faire connexion entre deux mondes : celui du tableau clinique, et celui du tableau comptable – que

1850 Bayle 1812, p.33.

1851 Pinel 1815, p.19 Ce « style » s'applique visiblement à toutes les observations subsumées dans les deux premières classes (Fièvres et Phlegmasies). cf. la façon dont elles sont présentées pp. 18 à 321 de l'ouvrage.

1852 Pinel 1815, p.387 On voit, à la seule lumière de cette citation, pourquoi Chappey classe Pinel comme un « des partisans de la « science sévère » ». Du point de vue des positions prises sur le « langage scientifique » à tout le moins, la chose semble entendue ... Chappey 2004, p.4.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

ses finalités soient médicales ou gestionnaires¹⁸⁵³.

La démarche nosologique elle-même, comme nous l'indiquions, ne saurait-êtré distinguée d'un effort stylistique. Alors qu'« On a pu, dans tout autre temps, publier, pêle-mêle, les histoires d'une foule de maladies qui n'avoient aucune affinité entre elles, et dont l'ensemble présentait l'image d'un entassement sans ordre et sans méthode, *autant par leur réunion que par le style lâche et diffus qu'on avoit adopté dans leur rédaction*. On ne peut maintenant, sans blesser les lois du goût, suivre cette marche, et une impulsion générale nous porte à coordonner les faits en médecine suivant leurs degrés d'affinité, c'est-à-dire à les classer suivant la méthode des naturalistes. »¹⁸⁵⁴. Bouillaud, deux décennies plus tard, reprendra les deux mêmes citations pour justifier du sérieux de la collection et de la classification des observations recueillies dans la première partie de sa *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, tout en regrettant que les observations et la classification de Pinel aient, quant à elles, « promptement vieilli »¹⁸⁵⁵.

Bayle, dans sa thèse de 1802 défendait un crédo identique. Thuriféraire de l'anatomopathologie comme base épistémologique de la médecine¹⁸⁵⁶, il établit clairement une hiérarchie des symptômes, séparés en « vitaux » (ils qualifient alors un processus physiologique comme le pouls, la respiration, les fonctions intellectuelles, etc) ou « physiques » (et sont alors encore perceptibles post-mortem comme les œdèmes, l'émaciation, etc). Lorsqu'ils sont constants, il faut préférer les derniers « pour tracer l'observation d'une maladie ou la classer », parce qu'ils sont moins ambigus, alors que les symptômes vitaux « méritent une étude très approfondie de la part du praticien »¹⁸⁵⁷. Mais

1853 Sur l'histoire de l'histoire de cas en médecine, sa constitution et ses usages à la période moderne, la référence est Pomata 2005.

1854 Pinel 1815, pp.387–388 les italiques sont de nous.

1855 Bouillaud 1838, p.598.

1856 Qui n'exclue pas une subordination, en finalité, de l'anatomie pathologique à la clinique. Voir Bayle 1812.

1857 Bayle 1802, pp.27–29.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

comment en faire la description ? Parce que « Tous les hommes ne jugent pas de la même manière ; mais tous perçoivent les mêmes sensations », le médecin doit, dans son rapport, préférer les termes les plus proches des « sensations simples » de façon à ce que ses observations soient « plus uniformément entendues ». Dans les descriptions les termes doivent être objectifs, c'est-à-dire sans jugement¹⁸⁵⁸.

Voilà qui semble apporter quelques éléments à la façon dont, selon nous, il faut entendre l'idée de M. Foucault qui voudrait que la clinique soit bâtie sur des mythes, dont le quatrième serait que « toute vérité pour la clinique est vérité sensible » et que « cette sensorialité du savoir qui implique pourtant la conjonction d'un domaine hospitalier et d'un domaine pédagogique, la définition d'un champ de probabilité et d'une structure linguistique du réel, se resserre en un éloge de l'immédiate sensibilité. Toute la dimension de l'analyse se déploie au seul niveau d'une esthétique. Mais cette esthétique ne définit pas seulement la forme originaire de toute vérité ; elle prescrit en même temps des règles d'exercice ; et elle devient, à un second niveau, esthétique en ce sens qu'elle prescrit les normes d'un art. », celui du « coup d'œil » par opposition au regard, le second lisant dans la succession, le premier frappant au point décisif¹⁸⁵⁹. Il est évident que la clinique fait la part belle aux sensations, mais nous pensons avoir montré que les normes de l'art médical qu'elle prescrit ne sont pas seulement celles d'une esthétique des perceptions, mais aussi d'une esthétique austère et formelle des transcriptions.

Tous ces efforts de « formalisation » sont cruciaux pour établir une méthode robuste de collection des données, mais évidemment aussi pour les rendre plus solide en les diffusant à travers la communauté scientifique L'univocité des observations étant gage d'acceptation et de

1858 Par exemple, le pouls doit être qualifié de « fréquent » et non de « fébrile ».

1859 Foucault 2003 [1963], pp.121–122.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

reprise plus large, et donc de plus grande solidité scientifique. Dans le cas contraire, les observations, « les énoncés de faits » collectées ne deviendront jamais des « faits »¹⁸⁶⁰. C'est bien, poussée à son terme, le sens de l'exigence de Bayle que leur formulation permette que les observations soient « plus uniformément entendues ».

Il le développe d'ailleurs sans ambages quelques pages plus loin, dans la section intitulée « Plan et avantage d'un corps de médecine d'observation » : puisque « toute la science est fondée sur des faits », qui sont en médecine des « observations individuelles » dont découlent les « descriptions générales » aussi bien que les « pronostics » et « règles de traitement », il est « important de réunir dans un seul ouvrage toutes les observations particulières et générales bien faites, qui sont disséminées et pour ainsi dire noyées dans des milliers de volumes »¹⁸⁶¹, classées dans un ordre nosologique. Vu l'ampleur d'une telle somme d'observations – « collection de toute la science » – , elle ne pourrait être le fait que d'un « grand nombre de médecins, étrangers à toutes hypothèses et accoutumés à la logique sévère des sciences exactes »¹⁸⁶². Et Bayle de noter que les règlements de la Société d'Instruction Médicale laissent « espérer que cette société préparera des matériaux pour la confection de l'ouvrage qu'[il] propose. »¹⁸⁶³

Ce projet de corps de médecine d'observation fait clairement écho aux objectifs assignés au siècle précédent à la Société Royale de Médecine, repris au XIXe siècle par la Société de

1860 cf. par ex. Latour 1988 Partie 2, chapitre 3.

1861 Bayle 1802, pp.53–54.

1862 Bayle 1802, p.55.

1863 Bayle 1802, note 1 p.55.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

l'École de Médecine¹⁸⁶⁴. Or, Virginie Tournay¹⁸⁶⁵ a bien montré, au sujet de la Société Royale de Médecine, que la standardisation des enquêtes de la Société l'a consolidée, en même temps qu'elle a contribué à produire une objectivité administrative dans le domaine de la santé.

Plus exactement, Virginie Tournay reprend l'idée assez généralement partagée qui veut que la Société Royale de Médecine soit la « première agence d'État en matière de santé »¹⁸⁶⁶, mais montre que la Société réussit là où l'Académie de Chirurgie – qui lui préexistait – avait échouée : promouvoir une catégorie socioprofessionnelle¹⁸⁶⁷ grâce à des liens étroits avec l'État, certes (domaine dans lequel l'Académie de Chirurgie avait déjà enregistré quelques succès¹⁸⁶⁸), mais aussi grâce à une collecte de données centralisée, objectivée, et pérennisée via des instruments (baromètre et thermomètre) et des procédures standardisées, rapprochant l'activité de la Société Royale des techniques administratives et renforçant ses liens avec la santé publique.

Si l'Académie Royale de Chirurgie avait bien commencé à produire un savoir formalisé, centralisé à l'échelle du territoire, et aspirant à des observations reproductibles et universelles (notamment par le truchement de « technologies littéraires » comme l'utilisation du pronom « nous », de citations, etc), ces savoirs chirurgicaux « sont encore construits comme une

1864 Le domaine de compétence de la Société Royale de Médecine, officiellement créée par lettres patentes enregistrées par le parlement de Paris le 1er septembre 1778 (après 2 ans d'existence comme simple commission), était large et recouvrait les épidémies, la topographie médicale, les maladies endémiques et professionnelles, l'anatomie et la chirurgie, l'analyse, le contrôle et l'enregistrement de divers remèdes et des eaux minérales. cf. Hannaway 1972, p.258. Sur la Société Royale de Médecine dans le cadre plus large des sciences de l'époque, on pourra également se reporter, entre autres, à Gillispie 2004a, pp.202–218 et Gillispie 2004b, pp.32–45.

1865 Tournay 2007.

1866 Tournay 2007, p.174. Idée qu'elle reprend à Hannaway 1972, Jones 1996b ou Bourdelais 2001, pp.10–11.

1867 Aspect selon nous le plus travaillé sur cette institution.

1868 Voir par ex. l'indispensable livre de Toby Gelfand : « L'Académie de Chirurgie augmenta considérablement le prestige de la chirurgie parisienne. Elle promu une vision du chirurgien comme homme de connaissance, comme académicien. » (« The Academy of Surgery greatly increased the prestige of Paris surgery. It promoted the concept of the surgeon as a man of learning, an academician. » Gelfand 1980, p.66 et plus généralement tout le chapitre 4.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

simple addition d'observations individuelles »¹⁸⁶⁹ et les démonstrations « impliquent encore la présence de témoins fiables »¹⁸⁷⁰. Il en résulte que l'Académie Royale de Chirurgie établit un standard d'observation – même partiellement et erratiquement appliqué – et participe d'une consolidation disciplinaire. En cela, elle peut être vue comme le héraut des évolutions futures. Mais elle reste prisonnière de traits anciens, « la présence obligatoire d'observateurs extérieurs pour produire des faits chirurgicaux irréfutables entrave la généralisation de leurs usages à l'échelle des pouvoirs publics » empêchant l'Académie de « forger un savoir unifié, mobilisable par les pouvoirs publics »¹⁸⁷¹.

Sous ce rapport, ce qui a fait la garantie du succès de la Société Royale de Médecine cinquante ans plus tard, toujours d'après Virginie Tournay, c'est un souci de conserver durablement les données recueillies par les médecins et d'assurer une possibilité ouverte de comparaison de celles-ci¹⁸⁷², « formatées » à cette fin. Cet objectif passe par « l'établissement de nouvelles modalités de véridiction, basées sur la continuité et la reproductibilité des observations relevées, indépendamment de la présence d'un expert témoin », modalités qui nécessitent des « procédures d'écriture et de restitution des données [qui] constituent le point focal des sociétaires. »¹⁸⁷³. Si, note-elle, cette standardisation n'a vraiment été effective que pour les mesures climatologiques (et non pas pour les maladies régnantes, par exemple), elle a reposé sur une instrumentation particulière – thermomètre et baromètre – dont l'étalonnage a beaucoup occupé les membres de la Société, mais également, à partir des années 1780, sur la distribution de tables imprimées, de façon à homogénéiser les données. Or, c'est bien cette capitalisation centralisée des données qui fonde les médecins en porte-parole de la gestion de

1869 Tournay 2007, p.180.

1870 Ceci s'explique largement, pour Virginie Tournay, par le fait que pour ces chirurgiens, « le geste prime sur l'instrument technique utilisé »

1871 Tournay 2007, pp.183–184.

1872 La collecte de données à grande échelle étant pour elle « directement liée à l'invisibilité du pathologique, pouvant se cacher derrière le visible du corps » Tournay 2007, p.190

1873 Tournay 2007, p.191.

3.1.1 La clinique : une pratique scripturaire

l'épizootie pour laquelle la Commission puis Société Royale de médecine a été créée. Ce n'est pas l'urgence sanitaire qui consolide l'institution pour Virginie Tournay, mais bien « la forme de recueil de données », la « centralisation régulière, répétée des données recueillies [étant] indissociable du processus d'objectivation administratif des affaires de santé »¹⁸⁷⁴.

Pour résumer, et montrer l'intérêt de cette analyse pour notre travail, on peut dire, si on suit l'auteur de cet article dans sa démonstration, que le succès de la Société Royale tient dans des procédures de collecte et de mise en forme de la connaissance qui sont à la fois inspirées de l'objectivité administrative et scientifique, lui permettant de produire des faits solidement assis empiriquement aussi bien que facilement utilisables par l'administration centrale. C'est précisément une convergence de ce genre au sein de la pratique médicale hospitalière que nous allons essayer de mettre à jour dans la section suivante.

1874 Tournay 2007, pp.194–196.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

Le Conseil Général, en bonne administration, va développer ses efforts dans la prise en charge sanitaire des malades et invalides essentiellement à travers les « règlements du service de santé »¹⁸⁷⁵. Ces documents, révisés à intervalle variable¹⁸⁷⁶, traduisent des préoccupations socio-professionnelles (à travers la hiérarchie explicite et implicite qu'ils recèlent, la distribution des tâches, l'établissement de concours, etc), et des prescriptions sur l'ordre, la nature et la réalisation du service médical dans les hôpitaux et hospices.

Dans cette section, nous nous intéresserons aux impératifs qui sont censés – d'après les règlements – accompagner la visite du médecin et de ses élèves dans les services hospitaliers. Mais il apparaît opportun, avant d'éclairer ce point de convergence des technologies médicales et administratives, de montrer brièvement en quoi le recours à l'écrit – s'il est un tropisme non-trivial de la clinique comme nous espérons l'avoir montré dans la section précédente – est aussi un invariant de la démarche administrative.

3.1.2.1 Administrer : une pratique ... scripturaire

Les analyses classiques de Max Weber sont la référence obligée dès que l'on considère les activités administratives en général, et leur bureaucratisation en particulier. Dans le cadre de la domination « légale-rationnelle »¹⁸⁷⁷, l'idéal-type est celui de la « direction administrative-

1875 Voir infra le règlement du service de santé du 4 ventôse an X, le premier édicté par le CGH, repris en Annexe VI.

1876 Le premier date donc de 1802. Une révision marginale fut adoptée en 1810, portant essentiellement sur le recrutement des médecins et chirurgiens (cf. AAP A2780-VI). Un projet fut rédigé et imprimé en 1820, mais visiblement jamais approuvé par le ministère (cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1821) : de fait le code administratif des hôpitaux civils, hospices et secours à domicile de la ville de Paris de 1824 fait référence au règlement du 4 ventôse an X, jamais à un règlement de 1820. La reprise complète du règlement existant n'eut lieu qu'en 1830 (cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830), puis une dernière fois sous l'égide du CGH en 1839.

1877 Opposée aux dominations « traditionnelle » et « charismatique ». cf. Weber 1995 [1921], pp.285–391.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

bureaucratique ». Ces analyses sont si largement connues qu'il n'est évidemment pas question ici de se livrer à une présentation détaillée des concepts wébériens en la matière¹⁸⁷⁸, mais juste de pointer les caractères généraux qui, en accord avec son analyse, font de l'activité administrative une activité largement et nécessairement *écrite*, tout comme la science. Ainsi, au titre des principes sur lesquels repose la domination légale, il stipule que

« Le principe de la conformité [*Aktenmäßigkeit*] de l'administration vaut là même où la discussion orale est une règle de fait ou de franche prescription : du moins les discussions préliminaires, les propositions et les décisions, les dispositions et les règlements sont fixés par écrit. Les actes et l'activité continue des fonctionnaires constituent le bureau, le centre de toute action moderne d'un groupement quelconque. »¹⁸⁷⁹

Et, de fait, selon Philippe Bezes et Odile Join-Lambert, les activités d'« inscription dans l'écrit ou de comptage » constituent toujours des rouages essentiels de leurs fonctionnements¹⁸⁸⁰.

J. Goody, souligne lui aussi que l'une des caractéristiques des organisations bureaucratiques est l'emploi de l'écrit dans la conduite des affaires publiques. Citant un des exemples les plus repris de Weber, les méthodes dépersonnalisées de recrutement par concours écrit dans le fonctionnariat, il conclut que l'écriture modifie non seulement les méthodes de recrutement et les aptitudes professionnelles requises mais aussi la nature même des rôles dans la pratique bureaucratique. Les relations avec l'ensemble de la hiérarchie de travail deviennent plus

1878 cf. Weber 1995 [1921], pp.292–293 On sait que pour Weber 2003 [1917], pp.118–119, l'État c'est le « monopole de la violence physique légitime ». Mais sa définition ne s'arrête pas là : c'est aussi « institution politique ayant une “constitution” écrite, un droit rationnellement établi et une administration orientée par des règles rationnelles ou “lois”, [et] des fonctionnaires compétents », le mode de domination légale, qui est spécifiquement moderne, tire sa légitimité de son « caractère rationnel reposant sur la croyance en la légalité des règlements arrêtés et du droit de donner des directives qu'on ceux qui sont appelés à exercer la domination par ces moyens. » L'idéal-type en est le fonctionnaire. L'administration bureaucratique se caractérise par « sa précision, sa permanence, sa discipline, son rigorisme, la confiance qu'elle inspire, par conséquent par son caractère de prévisibilité pour le détenteur du pouvoir comme les intéressés. » cf. Françoise Dreyfus 2000, pp.11–12. Sur la domination légale voir supra section 1.1.2.1.

1879 Weber 1995 [1921], p.293.

1880 Au même titre que les activités de « recrutement, de notation, de structuration de hiérarchies, de construction de division du travail » Bezes & Join-Lambert 2010.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

impersonnelles ; « on y recourt davantage à des « règles » abstraites consignées dans un code écrit, ce qui conduit à une séparation tranchée entre les tâches officielles et les affaires privées. »¹⁸⁸¹

Si on le suit, on peut étendre la généalogie de la domination rationnelle de Weber bien au-delà de la Réforme et de l'apparition du capitalisme, au sens où les économies « rationnelles » furent instituées grâce à l'avènement non pas du capitalisme en Europe, mais de l'écriture en Mésopotamie quatre mille ans cinq cent ans auparavant, ou plutôt grâce aux développements que le fait de savoir lire et écrire impliquait. L'avènement de l'écriture fut à son tour liée à des changements introduits dans le système de production, de distribution et de consommation, et ne fut pas simplement la conséquence subie de ces changements. La généralisation des moyens d'échange comme la tenue «rationnelle» des livres de comptes, caractéristique de ces transformations sont apparus très tôt, comme participant de la création d'une culture écrite. « Pour ces raisons et pour d'autres encore, un examen des effets de la communication peut permettre de modifier la forte dichotomie établie entre moderne et traditionnel, industriel et préindustriel, capitaliste et précapitaliste, que tant de personnes tiennent pour acquise. »¹⁸⁸² De la même façon, nous aimerions ici remettre en cause la dichotomie établie entre activités administratives et médicales au sein de l'institution hospitalière à la lumière d'une de leur pratique constitutive : écrire.

Delphine Gardey a bien montré – dans le cadre plus général de la diffusion du capitalisme et de l'industrialisation – l'importance prise par l'écrit et l'écriture dans le champ étatique et économique au cours du XIX^e siècle. Citant à son tour les travaux de Goody, pour elle, « les sociétés capitalistes occidentales deviennent également des économies de l'écrit à la fin du

1881 Goody 1978, p.56.

1882 Goody 1986, pp.182–183.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

XIX^e siècle. »¹⁸⁸³ « Le fonctionnement de l'État comme celui du capitalisme industriel est de plus en plus gagé dans l'écrit et [...] cette inscription se trouve dotée d'une valeur supérieure au regard d'une série de critères et de normes qui sont ainsi redéfinis. »¹⁸⁸⁴ Son étude du développement de la sténographie et de son usage par le parlementarisme révolutionnaire nous semble présenter des analogies avec notre étude du discours de la clinique. Dans le domaine politique, l'introduction de la sténographie répond à la double volonté du temps de « régénérer » le langage, de le libérer des servitudes du passé et d'assurer un maximum de publicité aux débats des représentants de la nation¹⁸⁸⁵. Or, cette fonction du langage, Delphine Gardey la trouve particulièrement présente dans sa modalité écrite :

« L'inventivité sténographique qui se développe à partir de la fin du XVIII^e siècle en France a des prétentions du même ordre [que le langage des signes de l'abbé de l'Épée], il s'agit de créer un langage « universel », raisonné ou « méthodique », supérieur aux langues vernaculaires dont les défauts et imperfections s'accroissent à l'usage. Le signe du temps, dans une époque productrice de signes, c'est bien [...] qu'un formalisme porte en lui-même les vertus intrinsèques pour réaliser cette performance de transparence et de vérité. Il existe ainsi une continuité entre les qualités formelles d'une langue et la valeur de ce qu'elle permet de réaliser, de *produire* politiquement »¹⁸⁸⁶

Si ce n'était le dernier mot, on pourrait penser à bon droit que cette citation concerne l'attention au langage et à son écriture dont nous soulignons la prégnance dans la section précédente chez les médecins du XIX^e siècle.

Enfin, l'insistance sur les règles écrites dans l'administration comme en médecine pointe

1883 Gardey 2008, p.72.

1884 Gardey 2008, p.27.

1885 Dans un mouvement qui rappelle incontestablement la diffusion du savoir dans les cercles scientifiques et l'accroissement de leurs publications ... sans nécessairement tomber dans l'exhaustivité et la transparence : tout peut être dit, mais tout ne peut pas être écrit en démocratie, pas plus qu'en science. Cf. les analyses classiques de Shapin & Schaffer 1993; Licoppe 1996 sur l'usage de l'écrit dans la constitution de la communauté et du fait scientifique.

1886 Gardey 2008, p.43.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

aussi un autre élément commun à ces deux sphères d'activité : un certain ethos professionnel. À l'impératif d'égalité de traitement et aux moyens d'auto-discipline que les bureaucrates devraient suivre, répond en écho une fonction des registres et feuilles d'observation que Cabanis avait déjà relevée positivement dans son *Observation sur les hôpitaux*. Ils sont, pour lui, le meilleur moyen de s'assurer que le praticien remplit tous ses devoirs :

« On pourra exiger d'eux [les Médecins] qu'ils fassent des journaux détaillés de leurs traitemens, & par cette seconde mesure, les forcer à se surveiller eux-même sans cesse, en leur faisant redouter de loin la censure sévère de leurs rivaux. [...]

Mais en lui fournissant les moyens de rendre son art plus utile [Cabanis, dans les paragraphes précédents, montre « combien il est essentiel que le médecin d'hôpital ait le droit de régler tout ce qui concerne le régime des malades »], on doit s'assurer qu'il remplira toujours ses devoirs. Et pour cela qu'on ne s'en rapporte point à la surveillance particulière des chefs. Quoi qu'on fasse, il n'aura pour juge que sa conscience, à moins qu'on ne l'oblige à faire connoître ses traitemens dans des journaux bien circonstanciés, destinés à devenir publics, soit à son profit, *soit pour le compte de l'administration.* »¹⁸⁸⁷

Quand on sait à quel point les administrateurs hospitaliers insistent pour que médecins et élèves remplissent minutieusement et consciencieusement leurs fonctions¹⁸⁸⁸, on imagine bien qu'ils ne négligèrent probablement aucun ressort pour arriver à leurs fins, et virent, eux aussi, leur intérêt dans la tenue de « journaux détaillés »...

Au terme de cette section, il apparaît maintenant clair que la médecine clinique et l'administration du début du XIX^e siècle ont en partage non seulement la pratique scripturaire, mais encore son exercice dans des buts et des formes définies, et assez largement convergentes. Il nous reste maintenant à examiner ces modalités concrètes dans le cas qui nous occupe : le Conseil Général et les hôpitaux parisiens, à travers les règlements du service de santé.

¹⁸⁸⁷ Cabanis 1790, pp.23 & 26. Les italiques sont de nous.

¹⁸⁸⁸ cf. section suivante.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

3.1.2.2 Cahiers de visite et recueils d'observation : instruments simples à finalité double.

Il s'agira ici de montrer non pas que les prescriptions faites aux personnels médicaux (médecins, chirurgiens, élèves, etc) sont fondamentalement originales¹⁸⁸⁹, mais de pointer, pour reprendre les termes de Hess & Ledebur, « l'étroite relation entre les routines administratives et la collecte d'observations cliniques [qui] permet de générer un savoir discipliné et spécialisé »¹⁸⁹⁰. Autrement dit la manière dont l'administration va reprendre et appuyer l'injonction clinique à écrire pendant les visites avec une finalité double : encourager la « bonne » pratique médicale – ou celle perçue comme telle – et obtenir des informations fiables et régulières sur ses administrés¹⁸⁹¹. De ce double objectif découle selon nous la force

1889 Les premières tentatives de rationalisation et d'homogénéisation administrative des visites remonte selon toute vraisemblance, pour l'Hôtel-Dieu, à l'année 1666 (12 mars, règlement pour les chirurgiens), qui indique la hiérarchie, le nombre d'expectants, leurs attributions, etc. et notamment que « Aprez les pensemens du soir, chacun des 12 compagnons fera le billet au juste du nombre des malades du département qui luy aura été désigné pour cet effect, qu'il donnera à celuy des compagnons en charge, qui dressera dessus un billet général de tous les malades de la maison, dont il fera les copies, qu'il fera signer au maître chirurgien, pour estre ensuite distribuées à monsieur l'administrateur résident, et aux officiers à l'ordinaire. » Brièle 1881, pp.172–176. Cependant, il faut attendre l'année 1735 (avec des antécédents, notamment en 1728 avec l'ouverture de Saint-Louis), et les décisions du Bureau de l'Hôtel-Dieu des 27 avril au 18 mai pour que de semblables décisions soient prises pour la fraction la plus importante (hiérarchiquement) du personnel médical : les médecins. On notera le temps considérable qu'il aura fallu pour que les administrateurs en perçoivent l'intérêt. Constatant que l'assiduité des médecins « n'étoit pas souvent telle, qu'il seroit à désirer pour le soulagement des malades », que « l'heure de la visite des médecins n'étoit ny fixe ny uniforme » et que « on n'aportoit pas toujours un tems assez considérable pour les visites d'un aussy grand nombre de malades que ceux qui sont dans l'Hostel Dieu », le Bureau en attribue les causes à « deux raisons principales, l'une qu'il n'y a jamais eu de règlement général de l'Hostel Dieu pour les fonctions des médecins, l'autre de ce que la rétribution de 400 livres par an étoit bien médiocre ». Il est alors décidé de rassembler les « quelques articles concernant les médecins répandues dans les délibérations », qui sont dans les registres depuis plus d'un siècle et de prendre de nouvelles décisions « pour former une espèce de corps complet de règlement sur un objet aussi important. ». Brièle 1881, p.321 S'ensuit une série de délibérations qui fixe le nombre de médecins et de médecins expectants, leurs appointements, les heures et durée des visites, la présence d'un garçon apothicaire ou chirurgien (appelé « topique ») pour noter, sur un registre, les prescriptions faites par le médecin et les transmettre à l'apothicairerie.

De plus, il faut mentionner en ce domaine comme en celui de la typologie des malades abordée à la section précédente (cf. p.291) les dettes de l'hôpital civil envers les établissements militaires : Dès 1756, le ministère de la guerre exige des institutions civiles accueillant des soldats qu'elles fournissent des registres semblables à ceux de l'armée sur les admissions et des régimes alimentaires. cf. Brockliss & Jones 1997, p.702.

1890 Hess & Ledebur 2011, pp.21–22.

1891 Cette convergence a été également étudiée par Volker Hess, Andrew Mendelsohn et Sophie Ledebur, cf. supra p.39 note 115. Leur démonstration est extrêmement convaincante, et s'ils ne traitent pas des aspects stylistiques, lexicaux, et plus généraux abordés dans les deux sous-sections précédentes, pas plus qu'ils ne s'intéressent aux hôpitaux parisiens en particulier, nos conclusions nous semblent très largement concorder avec les leurs.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

du « tableau » clinique : portrait de la maladie et grille d'analyse, instrument médical et gestionnaire¹⁸⁹².

Nous l'avons déjà dit, une fois le malade admis¹⁸⁹³, sa présence validée et sa place assignée dans une salle par le médecin, il doit être visité deux fois par jour, à horaires fixes (6 ou 7h du matin selon la saison, et entre 4 et 8h du soir selon la période)¹⁸⁹⁴. La visite est naturellement un moment-clé de la pratique clinique dans sa dimension pédagogique et médicale, et les règlements du service de santé sont très précis quant aux devoirs alors prescrits aussi bien aux médecins et chirurgiens qu'aux élèves internes qui sont attachés aux salles visitées. Ces injonctions tiennent à la tenue des « cahiers » ou « registres » de visite et aux « recueils » ou « registres » d'observation que les élèves doivent remplir. Pour Hess et Mendelshon, c'est cette combinaison « “d'ordre et de ponctualité, au cœur de l'institution hospitalière”, gouverna l'acte d'écriture. Des cliniciens comme Siebold¹⁸⁹⁵ élevèrent la discipline hospitalière au rang de “précepte et norme” de l'observation. Le formatage physique sur papier alla de pair avec un formatage psychologique durant les visites. »¹⁸⁹⁶

1892 Alain Desrosières rattache d'ailleurs clairement – dans le cadre de la dichotomie des sources de la statistique publique – les registres à « des fins de gestion, reflét[ant] plutôt les rouages de l'État et des institutions. » (par opposition à la pratique de l'enquête, à finalité descriptive) Desrosières 2005, p.4.

1893 cf. supra, chapitre 2.

1894cf. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1821, p.7 art.3 ; Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830, pp.19–20 art.28 ; Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris n.d., p.13 art.55-56 Il faut dire que ces prescriptions ne sont pas une première : Marcel Fosseyeux, par exemple, indique des heures de visites comparables, faites par « le médecin pensionnaire, accompagné de la religieuse de la salle, d'un compagnon chirurgien externe et d'un garçon apothicaire, désigné sous le nom de topique, et qui inscrivait sur un registre l'ordonnance du médecin pour la remettre à l'apothicaire. », et à partir du XVIII^e siècle une contre-visite vespérale faite par les médecins expectants « en particulier pour examiner les entrants et les cas graves ». cf. Fosseyeux 1912, p.326.

1895 Johann Georg Christoph Siebold (1767-1798), issu d'une famille de chirurgiens bavarois, s'illustre particulièrement en obstétrique.

1896 Hess & Mendelsohn 2010, p.292 : « That special “order and punctuality, as it forms the soul of the hospital institution”, governed the act of writing. Clinicians like Siebold elevated hospital discipline “to precept and norm” of observation. Physical formatting on paper went hand in hand with psychological formatting on duty. »

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

Les cahiers de visite sont la pièce maîtresse du dispositif médical et de surveillance hospitalier¹⁸⁹⁷. De par leur mode et leur lieu d'exécution ils sont la base de la pratique clinique, de l'enseignement et de la thérapeutique ; et de par leur circulation ultérieure ils sont la source d'information presque unique de l'administration sur l'état et le nombre de la population, et sur la consommation de ressources.

Pierre angulaire hospitalière, ces cahiers sont tenus par deux étudiants simultanément : l'interne de la salle et un élève en pharmacie. L'exemplaire de l'interne est lui-même doublé : un pour les jours pairs, un pour les jours impairs, de façon à ce que le médecin ou chirurgien puisse avoir sous les yeux les observations et prescriptions du jour précédent¹⁸⁹⁸.

Graphiquement, ils sont dès le premier règlement agencés en tableaux :

« Ces cahiers auront 8 colonnes, contenant :

- La 1^{ère} le numéro du lit
- La 2^e le numéro du malade
- La 3^e le nombre de jours passés à l'hôpital
- La 4^e le régime gras
- La 5^e le régime maigre
- La 6^e les remèdes chirurgicaux ou pansements
- La 7^e les remèdes internes
- La 8^e la mort ou la sortie des malades »¹⁸⁹⁹

1897 En témoigne, par exemple, le conflit qui opposa en 1825 la sage-femme en chef nouvellement nommée, Madeleine Legrand, à l'accoucheur en chef Paul Dubois (fils d'Antoine Dubois). « Ce conflit porte sur les attributions que leur confie le règlement et particulièrement sur la tenue du registre des observations. Chaque accouchement donne en effet lieu à la rédaction d'un bulletin clinique et cette tâche revient normalement à la sage-femme. L'enjeu est d'importance car ce registre, par son contenu, confère à celui qui le tient une réelle autorité médicale. Le registre comporte une observation clinique à l'entrée des femmes, une description des circonstances et des conditions de l'accouchement, et un état de la mère après la délivrance et de l'enfant. » Beauvalet-Boutouyrie 1999, p.130.

1898 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris n.d., pp.14–15 art.62 ; Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830, p.21 art.31.

1899 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris n.d., p.14 art.61. Le défaut de la dernière colonne avait été explicitement regretté par les membres du Comité de Mendicité : « On observe comme un défaut essentiel, que ce registre [d'admission à l'Hôtel-Dieu] ne contient aucune colonne pour indiquer la

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

Le règlement de 1830 modifie quelque peu la teneur de ces cahiers, qui doivent alors contenir « les prescriptions des alimens, des secours chirurgicaux et des médicaments pour chaque malade ; la mention des décès et des sorties effectués ; enfin les indications des sorties prescrites par les Médecins ou Chirurgiens [ainsi que les] maladies pour lesquels les Médecins ou chirurgiens prescrivent la tenue des feuilles d'observation ; et [les] médicamens qu'ils jugent devoir être administrés par le Pharmacien directement et non par les Élèves. »¹⁹⁰⁰

La visite de la salle terminée, les cahiers sont alors « relevés » (i.e. recopiés) sur des feuilles séparées. Là encore, on peut noter une légère nuance entre les règlements de 1802 et de 1830. Alors que le premier prévoit trois bulletins pour les aliments, les pansements et secours chirurgicaux, et les médicaments ; le second n'en prévoit pas pour les pansements et secours chirurgicaux, mais pour les « indications des sorties des malades » que les médecins sont seuls à pouvoir les prononcer¹⁹⁰¹. La raison de ce surcroît de papier est simple : les copies sont ensuite immédiatement envoyées aux services chargés de les exécuter : cuisine, panèterie, sommellerie et/ou économe, pharmacie, etc. Du reste, l'article 63 du règlement de 1802 n'en fait pas grand mystère : « Les cahiers de visite devant servir de base à la comptabilité des vivres et des médicaments, ils seront côtés et paraphés par la Commission administrative. Chaque jour ils seront signés par l'officier de santé, à la fin de sa visite, après qu'ils auront été comparés et vérifiés par les deux élèves auxquels [sic] la tenue en aura été

sortie de ceux qui ont été traités dans la maison ou à ses frais. Par cette omission, il devient impossible de voir d'un coup d'œil le nombre des journées de chaque malade et d'apprécier la dépense qu'il a pu coûter. C'est un véritable abus qu'il faut se hâter de corriger ; il a les plus fâcheuses conséquences pour l'économie et le bon ordre ». Bloch & Tuetey 1911, pp.639–640. Cet abus fâcheux pour l'économie et le bon ordre, le CGH le corrige en faisant reposer l'extraction de l'information sur la bonne pratique clinique. Notons qu'il semble particulièrement scrupuleux dans l'exécution de sa mission : c'est presque trois fois plus de données qui sont collectées dans les registres du CGH que dans ceux de Wurtzbourg mentionnés par Hess & Mendelsohn 2010, p.292, les quantités de malades et donc de papiers concernés étant naturellement dans un rapport bien supérieur encore.

1900 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830, p.21 art.31.

1901 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris n.d., pp.15–16 art.67-70, Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830, p.22 art. 32 Ici, le CGH reprend très largement le règlement que Colombier conçu pour l'Hôtel-Dieu en 1787. cf. Brièle 1883, p.187.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

confiée. » Le règlement de 1830 fait la même obligation de contreseing aux médecins et chirurgiens¹⁹⁰².

Ainsi apparaît la première partie du mouvement par lequel une technologie clinique devient une technologie économique : le procédé est rationnel, efficace. Il n'en reste pas moins que tabularisée, l'information produite par la sacro-sainte visite est divisée et injectée dans des champs dont la finalité lui est pour partie étrangère, comme l'illustre cette feuille de visite de l'hospice de l'Est (Saint-Antoine) :

1902 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830, p.22 art. 31 C'est à ce sujet qu'on peut constater l'écart entre ces prescriptions et usages du siècle précédent. On comprend bien qu'en un temps où la première thérapeutique est l'alimentation, on insista pour que les billets et plus tard cahiers servent à prescrire la bonne nourriture et les remèdes, en quantité adéquate, aux malades. Cf., à titre d'exemple, la délibération du Bureau de l'Hôtel-Dieu du 4 juin 1677 « Monsieur Perreau a dit que souvent les malades de l'Hostel Dieu qui comencent à se guérir, retombent pour manger trop tost, que pour obvier à cela *les topiques* qui suivent les médecins en leurs vizites, peuvent faire tous les jours un billet de ceux qui ont pris médecine, et le mettre ès main de la mère au pain de l'office où ils ont esté en vizite, afin qu'elle sache ceux à qui il ne faut point de pain. » Brièle 1881, pp.206–207. Mais les règlements du XVIIe et XVIIIe siècle en font la quasi unique finalité des billets des médecins et chirurgiens, alors que le CGH en élargira la surface d'utilité.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

HOSPICE de l'Est CAHIER DE VISITE de la Maladie

N ^o des Lits	N O M M des MALADES	Date des visites	R E M È D E S CHIRURGICAUX	R E M È D E S I N T E R N E S	A L I M E N T S		
					BRAN	BOISSON	FRUITS
61	Barbier			Sans Symp			
62							
63	Daley				1/2		
64	Humbert				1/2		
65							
66	Ducis			Sans aut			
67							
68					1/2		
69	Ducis			op. de l'œil	1/2		
70	inon				1/2		
71	theaudin			Evans l'œil			
72	Brochet			E' de l'œil			
73	Magite				1/2		
74	Estort			Symp. de l'œil	1/2		
80	Quinier						
<p>Remarque sur l'écriture des visites de l'œil</p> <p>67 Soit à 20 jours de l'œil</p> <p>68 Soit à 20 jours de l'œil</p> <p>70 Soit à 20 jours de l'œil</p> <p>Soit à 20 jours de l'œil</p>							

Illustration 29: Cahier de visite de l'hospice de l'Est (St Antoine), an VIII ? Source : AAP 791 FOSS.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

C'est une des seules qui subsiste à notre connaissance. Bien que non datées, ces feuilles remontent, d'après l'inventaire, à l'an VIII¹⁹⁰³, autrement dit d'une année avant la création du Conseil Général des Hospices. On y constate la convergence des finalités médicales et administratives : à la suite de la liste des pensionnaires, de leurs traitements et régimes, on a effectivement fait l'addition des coûts de nourriture en fonction des régimes prescrits, directement sur la feuille de visite. Hess & Ledebur allant jusqu'à faire des prescriptions en matière de régime alimentaire l'entraînement premier des chirurgiens à l'intégration du « travail administratif »¹⁹⁰⁴.

L'édition, par le CGH, de modèles de feuilles à remplir, n'est pas neutre : « Le formatage des modèles standardisa les histoires des patients et – partiellement – les divisa en éléments ; ceci des rendit comparables et combinables »¹⁹⁰⁵. En y intégrant des informations qu'il juge utile à la bonne pratique médico-gestionnaire, il en fait un pivot de l'intégration des personnels médicaux dans les techniques administratives, et d'une volonté de standardisation des observations et procédures de travail. Ainsi un arrêté du CGH 6 nivôse an XIV (27 décembre 1805) considérant que l'article 10 d'un décret impérial du 7 floréal an XIII (27 avril 1805) lui fait obligation de rendre chaque année un compte moral relatif au régime sanitaire, économique et alimentaire, ainsi que des mouvements de population, les registres que les médecins et des chirurgiens en chef tiennent dans les différentes divisions des salles devront

1903 AAP 791 FOSS 5/1.

1904 Hess & Ledebur 2011, p.23 : « The form [figurant les différents régimes alimentaires prévus] illustrates how physicians were trained in administrative work : to complete the form of “diet prescriptions”, the surgeons had to select the right prescription from a ready-made list. » Naturellement, le maniement des régimes alimentaires (y compris dans leur dimension quantitative) fait sens pour les médecins bien au-delà de la question administrative et comptable, via l'hippocratismes et le galénisme. En particulier au milieu du XVIII^e, date présumée du formulaire mentionné. cf. par ex. Niebyl 1971.

1905 Hess & Mendelsohn 2010, p.294 : « Prescriptive formatting on the administrative model standardized patient histories and (partially) divided them into elements ; this made them comparable and combinable. »

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

être conformes aux modèles joints et imprimés par ses soins, à compter du premier janvier 1806¹⁹⁰⁶ :

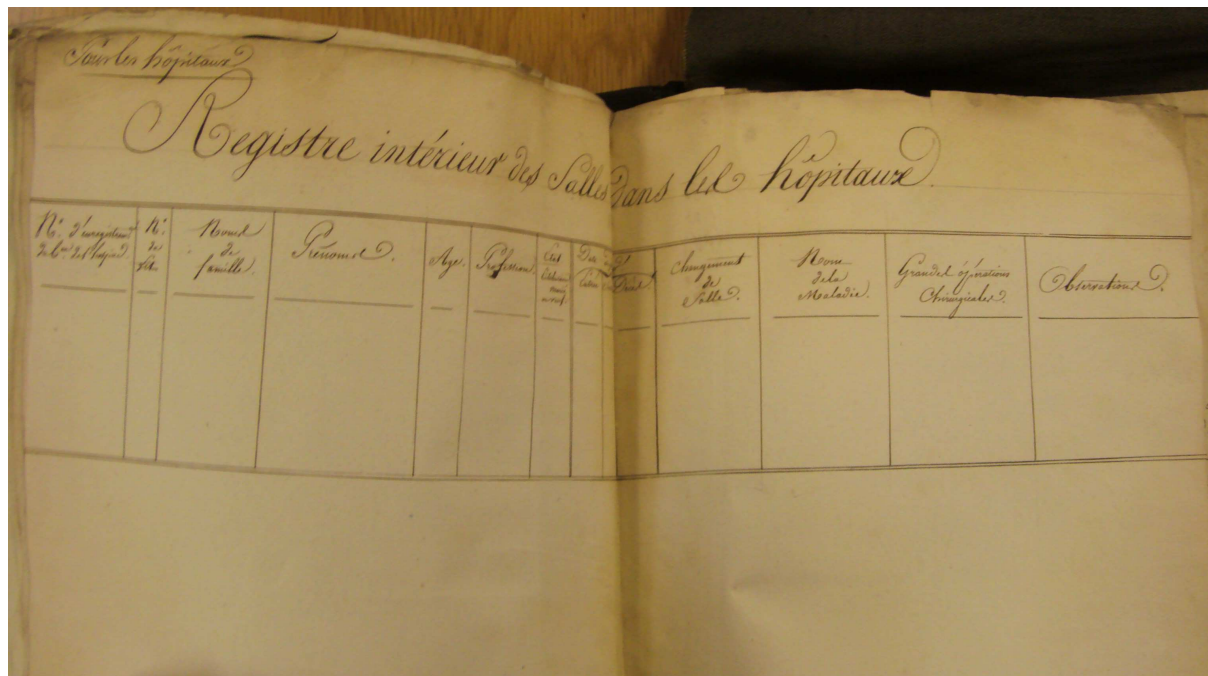


Illustration 30: Modèle de Registre intérieur des salles dans les hôpitaux, an XIV.

On peut y lire les informations qui doivent y être portées : numéro d'enregistrement du bureau de l'hospice, numéro de lit, nom et prénom, âge, profession, état matrimonial, dates d'entrée/sortie/décès, les éventuels changements de salles, le diagnostic porté, les éventuelles « grandes opérations chirurgicales » et observations.

Ce procédé de gestion des hommes se retrouve dans la gestion des choses : les sorties, aux termes des articles 78 et 32 des deux règlements (1802 et 1830 respectivement), doivent être rapportées à l'agent de surveillance. Celui-ci dispose pourtant d'un registre des entrées et sorties, ainsi qu'éventuellement un registre de destination des corps, tenus par le portier ou du 1906 Arr. CGH 3172 du 6 nivôse an XIV (27 décembre 1805), AAP 136 FOSS⁹ F°821-822.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

personnel de service. S'esquisse ici clairement selon nous la manière dont l'administration profite d'un outil médical pour en faire un outil administratif de gestion de la population. L'article suivant du règlement de 1802 explicite encore un peu plus la démarche : « Tous les trois mois, il sera fait, au bureau de réception, un recensement de tous les malades existants dans l'hospice, d'après lequel il sera formé une liste de ceux dont le séjour paraîtra trop prolongé. Ces listes seront communiquées aux officiers de santé, pour avoir leur avis sur les motifs de cette prolongation. ». La clinique, par ses instruments et ses techniques lutte ainsi de facto contre la prolongation illégitime dans les hôpitaux des oisifs et des incurables ...¹⁹⁰⁷

Mais les convergences sont tout aussi manifestes à d'autres niveaux. Nous avons indiqué l'importance, dans l'observation clinique, du lexique et du style dans la retranscription qui pouvait en être faite, et qui répondait, à notre avis, à une exigence triple (rendre possible l'agrégation des symptômes individuels, faciliter la compréhension et les comparaisons aux lecteurs, faire oublier l'énonciateur) ultimement réductible à la généralisation de l'observation, condition de sa transformation en fait¹⁹⁰⁸.

Cette aspiration à la « standardisation » de l'écrit médical, on la retrouve naturellement dans les règlements et en particulier à propos des prescriptions de médicaments dans l'article 66 du règlement de 1802 : « les officiers de santé observeront, autant qu'il sera possible, dans leurs prescriptions le formulaire adopté » alors que l'article 37 de lui de 1830 porte que les cahiers de visite « doivent être écrits lisiblement, sans autres abréviations que celles qui sont positivement reconnues dans le *Formulaire*. »¹⁹⁰⁹. Des articles qui sonnent comme en écho

1907 Sur la lutte contre les abus d'admissions comme priorité du CGH, voir supra section 1.3.1.5 et sur la distinction entre incurables et curables, voir supra section. 2.1.2.1 p.310.

1908 Voir section 3.1.1.

1909 En fait, ce formulaire, voulu par l'administration, semble n'avoir jamais été utilisé : « L'administration avait

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

aux conseils de Pinel susmentionnés : « Son histoire graphique [de la maladie], pour offrir un tableau clair et facile à saisir, doit être dégagée de tout étalage d'érudition, de toute explication frivole, ou d'un vain appareil de formules de pharmacie. »¹⁹¹⁰ Ce dernier règlement va cependant plus loin, indiquant que « les cahiers de visite, les relevés de ces cahiers et les feuilles d'observation sont dressés *uniformément* d'après les instructions données par l'Administration. »¹⁹¹¹

Autre devoir auquel doivent se plier les internes – que l'on pourrait à juste titre surnommer les « petites mains » des médecins et chirurgiens, dans tous les sens du terme – la tenue des recueils d'observations. On entre ici dans des écrits à la dimension médicale encore plus marquée et les prescriptions réglementaires semblent calquées sur celles de Bayle¹⁹¹². Si elles avaient été remplies à la lettre, elles auraient littéralement fait crouler les élèves sous les écritures : l'article 94 du règlement prévoyait que

« Les élèves de division, dans les différents hospices, tiendront, chacun pour sa partie, un registre dans lequel ils seront tenus d'inscrire les noms, prénoms, âge, pays et profession de chacun des malades reçus dans leurs salles, le jour de l'entrée, celui de la sortie, le caractère général de la maladie et le genre de sa terminaison ; on y ajoutera une indication sommaire du traitement, et le résultat de l'ouverture du cadavre si elle est pratiquée. »

On conçoit aisément qu'il était en pratique impossible de noter, pour « chacun des malades », une telle quantité d'informations, a fortiori si elles étaient redondantes avec celles

voulu établir un *Formulaire général* ; mais elle a senti la difficulté qu'il y aurait à réaliser un pareil projet, et chacun le conçoit aisément : aussi non seulement chaque hôpital a son formulaire, mais encore chaque médecin fait des modifications aux formules qu'il emploie, au point de les rendre méconnaissables. » Ratier 1827b, p.7 Il semble que ce soit ce celui-ci que l'administration se soit inspiré pour le règlement de 1830.

1910 Pinel 1815, p.387, cf. section 3.1.1.2 p.543.

1911 L'italique est de nous.

1912 Lui qui prévoyait « les articles suivans dans la rédaction de chaque observation : année, lieu, climat, saison, constitution médicale, nom du sujet, sa profession, son âge, son tempérament, maladies héréditaires, état habituel de santé, maladies antérieures, invasion de la maladie actuelle, ses symptômes, sa marche, les remèdes administrés, ce qu'on a vu survenir après leur administration, etc. » cf. supra p.540.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

consignées dans les cahiers de visite. Parmi des multiples sources de frictions entre les étudiants et l'administration, on trouve la rédaction de ces registres d'observation tout comme celle des cahiers de visite. C'est ainsi au Conseil de manier avec insistance la carotte et le bâton pour faire remplir aux étudiants un de leurs premiers devoirs médicaux. Le règlement du service de santé de 1802 prévoit à son article 105 des « conférences d'officiers de santé » durant lesquelles lesdits officiers « indiqueront ceux des élèves qui se seront distingués par leur zèle et leurs connaissances ». Cette disposition va rapidement devenir un moyen d'encourager les carabins à se montrer plus scrupuleux dans la tenue de leurs registres et cahiers dont on ne cesse de se plaindre. Dès 1808, la commission nommée pour décerner les prix doit prendre des renseignements sur leurs certificats de présence, mais aussi les registres intérieurs des salles tenus par les élèves, les tableaux synoptiques et les observations particulières qu'ils auront rédigés pendant l'année¹⁹¹³.

Les encouragements semblent avoir été limités. Le levier coercitif n'eut pas non plus d'effet miraculeux. Alors que des rapports se plaignent régulièrement de la qualité des registres, en guise de cadeau de Noël pour 1814 le Conseil passe à la manière forte en tentant de s'attaquer au porte-monnaie des internes : « attendu que dans la plupart des hospices & hôpitaux les élèves ne tiennent point avec exactitude le Registre prévu par l'art 94 du règlement du service de santé, les membres de la commission administrative ne pourront autoriser les paiements des appointements des élèves qu'après s'être fait remettre un certificat signé du médecin ou chirurgien constatant que les cahiers de visite et le Registre sont tenus avec régularité. »¹⁹¹⁴ Les élèves étant visiblement peu intéressés, on demanda par la suite aux médecins de veiller eux-aussi à la bonne exécution de ces obligations à l'occasion d'une révision de l'organisation de l'Hôtel-Dieu, en leur demandant « que les cahiers des observations de la clinique, ainsi que

1913 Arr. CGH 6256 du 27 avril 1808, AAP 136 FOSS¹⁵ F°615.

1914 Arr. CGH n°16258 du 28 décembre 1814, AAP 136 FOSS³⁶ F°610.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

ceux des autres salles dont la rédaction est confiée aux élèves internes soient constamment tenus à jour. Ces cahiers seront présentés, tous les trois mois, au visa du membre du Conseil général, spécialement chargé de la surveillance de l'Hôtel-Dieu. » Les dispositions de l'article étant généralisées à « tous les hôpitaux et hospices. »¹⁹¹⁵

Lubie d'administrateur obsédé par le contrôle de ses employés ? Certainement pas. À l'été 1819¹⁹¹⁶, le CGH vote qu'un élève interne sera attaché à la clinique de l'Hôtel-Dieu, indique reprendre à son compte la proposition des médecins de l'Hôtel-Dieu touchant la tenue des cahiers d'observation sur les maladies traitées dans les salles de clinique médicale et reconnaît « que ce service avait été successivement amélioré et principalement par la contribution du travail d'un même élève dans les salles de clinique ; qu'un des avantages de cette continuation consistait dans les renseignements transmis par lui aux médecins qui se succèdent ; et que cette tradition était indispensable pour la suite du traitement des malades ». C'est donc bien pour assurer la bonne tenue des registres et la continuité de l'homogénéité du savoir produit à la clinique qu'il décide en conséquence la nomination d'un interne supplémentaire affecté spécialement à la clinique de l'Hôtel-Dieu. Logé et nourri, payé 500F par an, nommé pour deux ans, choisi par les médecins de l'Hôtel-Dieu parmi les internes de première classe ayant quatre ans d'internat, il est chargé, en sus de son service, de donner « au début de chaque trimestre, tous les renseignements qu'il a recueilli (sic), jour par jour, sur chacun des malades en traitement dans les salles de clinique » (art. 4), de résumer « en un article les observations faites pendant le cours de la maladie et les soumet sous huitaine après terminaison du cas, au médecin du trimestre qui les signe s'il les approuve. » (art. 5), de faire « des aperçus généraux sur les maladies les plus fréquentes et les remèdes qui ont le plus de succès. Chaque trimestre, il en formera un tableau rendu au médecin du trimestre, qui fera un tableau général à la fin de

1915 Arr. CGH n°22777 du 17 décembre 1817, AAP 136 FOSS⁴⁹ F°545-548.

1916 Arr. CGH n°27408 du 4 août 1819, AAP 136 FOSS⁵⁹ F°165-166.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

l'année » (art. 6). Ses registres « seront examinés par une commission nommée par le CGH. »
(art. 7)

Et pourtant, rien n'y fit. En 1825 encore, alors que les médecins de l'Hôtel-Dieu, conformément aux instructions en vigueur, présentent à la commission administrative des registres dont ils se disent satisfaits, « présentés avec un ordre et une clarté qui ne laissent rien à désirer, et accompagnés de nombreuses feuilles volantes avec des observations supplémentaires », indiquant que l'élève a bien fait son travail, le Conseil et la Commission expriment à nouveau des réserves : les noms et observations ne sont régulières que pour avril et trop de feuilles sont volantes, non enliassées. En conséquence de quoi il ordonne que les registres soient présentés trimestriellement au membre du Conseil et à celui de la commission chargés de l'hôpital et qu'il sera écrit aux médecins de l'Hôtel-Dieu pour qu'ils surveillent plus avant la tenue des cahiers d'observation¹⁹¹⁷. Il faut cependant préciser que si les griefs sont récurrents, ils ne sont pas systématiques : en février 1819 Dupuytren présente les registres d'observations chirurgicales faites à l'Hôtel-Dieu pendant l'année 1818 et rend compte de la marche adoptée pour les travaux des élèves chirurgiens « dont il surveille le service avec la plus grande exactitude ». Le Conseil s'en montre cette fois satisfait et précise avoir « vu dans les différentes observations une nouvelle preuve du dévouement et du zèle de cet habile professeur et a voté des remerciements »¹⁹¹⁸.

Une dizaine d'années plus tard, un autre exemple montre que si les prescriptions sont difficilement mises en place, elles ne sont en aucun cas purement et simplement ignorées par les administrateurs et les médecins : le 11 juillet 1827, l'agent de surveillance de l'Hôtel-

1917 CGH, 26 octobre 1825, AAP 136 FOSS⁹² F°522-532.

1918 CGH 24 février 1819, AAP 136 FOSS⁵⁶ F°122.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

Dieu¹⁹¹⁹ répond à une missive par laquelle il lui est ordonné de communiquer les noms des trois internes dont les cahiers ont été refusés car insuffisamment remplis. Or, cette missive émane de Barbé-Marbois, membre du CGH, preuve qu'il ne négligeait pas ses devoirs en la matière. Un autre élément, dans la réponse de l'agent, indique un certain souci d'application des règlements par les médecins cette fois : le troisième interne visé, un certain Torchet, s'est vu refusé la signature de ses cahiers par ... son chef de service, Dupuytren, au motif qu'ils n'étaient pas « en règle »¹⁹²⁰. Conséquence pour les trois carabins : leurs appointements ont été suspendus.

Il reste que devant le peu de succès des mesures jusque-là prises, le Conseil dut en rabattre sur ses exigences. Le recul est enregistré dans le règlement de 1830 :

Art. 20. Chaque Médecin ou Chirurgien ordinaire fait tenir, par l'Élève qu'il indique et sur chacune des maladies *graves qui lui paraît digne d'attention*, une feuille, sur laquelle sont consignées successivement toutes les observations que peut offrir le cours du traitement.

Ces feuilles portent en tête la nature de la maladie, d'après la méthode de classification qui est indiquée par l'administration.

Elles contiennent de plus les noms, prénoms et qualité du malade, la date de son entrée, le n° sous lequel il est inscrit, l'indication de la salle où il est placé, le n° du lit qu'il y occupe, enfin le nom de l'Élève qui rédige les feuilles.

Art. 21. A la fin du mois, les feuilles relatives aux maladies dont le traitement est terminé sont remises à l'Agent de surveillance avec le résumé sur chacune d'elles des observations qui s'y trouvent consignées. En cas de décès du malade, la feuille doit mentionner le résultat de l'autopsie, lorsqu'elle a été faite.

Art. 22. A mesure de la remise des feuilles d'observations, l'Agent de surveillance en forme des liasses séparées au nom de chaque Élève, et continue de les réunir ainsi jusqu'à l'examen annuel, prescrit par l'art. 102 du présent Règlement. [...] »¹⁹²¹

1919 Mas, d'après Testu 1815, p.858, année 1827.

1920 AAP, L¹ Hôtel-Dieu, Registre de correspondance. On trouvera d'autres éléments du même ordre dans le registre de correspondance de Saint-Louis (AAP L¹ Saint-Louis, registre de correspondance), aux dates du 18/01/1826, 08/05/1826 ou 09/08/1828 par exemple.

1921 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830, pp.47-48 art. 20-22 Les italiques sont

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

Les feuilles d'observations sont donc limitées à un usage ponctuel et non plus systématique, à la discrétion du médecin ou chirurgien. Mais tout en les maintenant dans leur fonction première et médicale, on insiste désormais plus nettement sur leur usage disciplinaire, alors que depuis trente ans on cherche à faire plier les élèves sur leur tenue. Le rapport préliminaire au nouveau règlement expose avec clarté les inconvénients des dispositions antérieures et leurs présupposés. Elles ont failli par excès de formalisme, rendant l'utilité des registres d'observations nulle ou presque et leur authenticité douteuse :

C'était en effet une idée assez extraordinaire de vouloir renfermer dans des cadres uniformes les observations sur toutes les maladies qui se présentent avec tant de variété dans nos Hôpitaux; c'en était une aussi d'exiger que chacune de ces maladies, sans exceptions, devint le sujet d'observations spéciales, lorsqu'une grande partie d'entre elles, en raison de leur simplicité, ne réclame que des soins ordinaires sans aucun secours particulier de l'art. »¹⁹²²

Les imposants registres n'étaient que peu usités, alors même que leurs dimensions rendaient impossible leur usage au lit des malades. Il fallait donc préparer ces observations à l'avance, et les recopier. Il devient alors probable qu'elles fussent « revues, retouchées par une main plus habile »¹⁹²³.

À en croire les discussions qui ont lieu sur la révision du règlement du service de santé en 1828, cela fait longtemps que pour obvier à ces inconvénients le CGH veut revenir aux feuilles volantes¹⁹²⁴ (qui étaient en vigueur trente ans plus tôt, comme l'illustrent celles de

de nous. Et encore, l'administration a fait marche arrière par rapport à ses projets initiaux, qui prévoyaient que l'agent de surveillance relève chaque jour, sur les cahiers de visite, les « maladies [et non les malades] sur lesquelles des feuilles d'observation doivent être rédigées. Il tient un registre spécial de ce relevé et il fait mention de la remise des feuilles à mesure qu'elle est effectuée.

Un extrait sommaire de ce règlement est communiqué au conseil général tous les trois mois avec l'état nominatif des élèves qui n'auraient pas satisfait exactement aux dispositions précédentes. ». AAP 136 FOSS¹⁰⁵ F°483-489, séance extraordinaire du CGH sur la révision du règlement du service de santé du 22 novembre 1828.

1922 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830, p.28.

1923 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1830, p.29.

1924 CGH, séance extraordinaire sur le règlement du service de santé du 29 novembre 1828, AAP 136 FOSS¹⁰⁵ F° 566-572.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

Bichat à l'Hôtel-Dieu)¹⁹²⁵ : plus faciles à manier, elles peuvent être remplies auprès du malade. Additionnables, on peut ainsi moduler l'espace dédié à chaque cas, alors que le registre « ne permettant pas de division et offrant d'ailleurs l'inconvénient d'espaces limités dans les cadres, ne peut se prêter à tous les besoins. ». Les feuilles devant être déposées immédiatement après la fin du traitement, les risques de fraudes sont minimisés. De plus, « Ce changement aura pour résultat une double amélioration en ce que les élèves dispensés d'inscrire tous les malades comme ils l'ont fait jusqu'ici auront plus de temps à donner à leurs utiles études et quelles ne porteront que sur les sujets susceptibles d'offrir un véritable intérêt. »¹⁹²⁶, puisque les observations médicales ne se feront plus sur tous les patients, mais seulement ceux indiqués par les médecins.

Les rares registres de cette époque qui ont subsisté sont consultables aux archives de l'Assistance Publique. Leur étude illustre à la fois le manque de spontanéité et la minutie qui guidaient leur remplissage et l'intérêt effectif de retourner aux feuilles volantes :

1925 cf. ci-dessous, Illustration 32 à 34 p.582.

1926 AAP, registre de correspondance L¹ Saint-Louis, le 30/12/1828.

Le détail de l'utilisation des nouvelles feuilles est indiqué dans une correspondance de l'agent de surveillance de Saint-Louis à Jourdan (membre de la commission administrative) du 2 février 1829 : Les médecins et chirurgiens font tenir par les élèves sur chaque cas qui leur semble le mériter une « feuille sur laquelle est consignée successivement toutes les observations que peut offrir le cours du traitement.

Ces feuilles porteront en tête la nature de la maladie d'après la méthode de classification qui est indiquée par l'administration. Elles contiennent de plus les noms, prénom et qualité du malade, la date de son entrée, le numéro sous lequel il est inscrit, l'indication de la salle où il est placé, le numéro du lit qu'il occupe, enfin le nom de l'élève qui rédige la feuille. »

À la fin du mois les feuilles pour les traitements terminés sont données à l'agent avec un résumé. Si le malade meurt, il faut le mentionner, ainsi que le résultat de l'éventuelle autopsie. La feuille est visée par le médecin.

« Les cahiers de visite portent l'indication des malades sur lesquels les médecins ou les chirurgiens prescrivent la tenue des feuilles d'observation. »

L'agent de surveillance relève chaque jour sur les cahiers les malades pour lesquels des feuilles d'observation doivent être tenues, il en fait un registre spécial et note quand les feuilles sont remises.

On en fait un sommaire qu'on envoie tous les 3 mois au CGH, « avec l'état des élèves qui n'auraient pas satisfait exactement aux dispositions précédentes. »

Les feuilles d'observation restent intégrés au cycle de l'information et restent un moyen d'évaluation des élèves : elles sont regroupées par liasse par élève jusqu'à l'examen annuel, « elles sont à cette époque transmises au jury d'examen qui peut en former un des éléments de sa décision. » AAP, registre de correspondance L¹ Saint-Louis.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

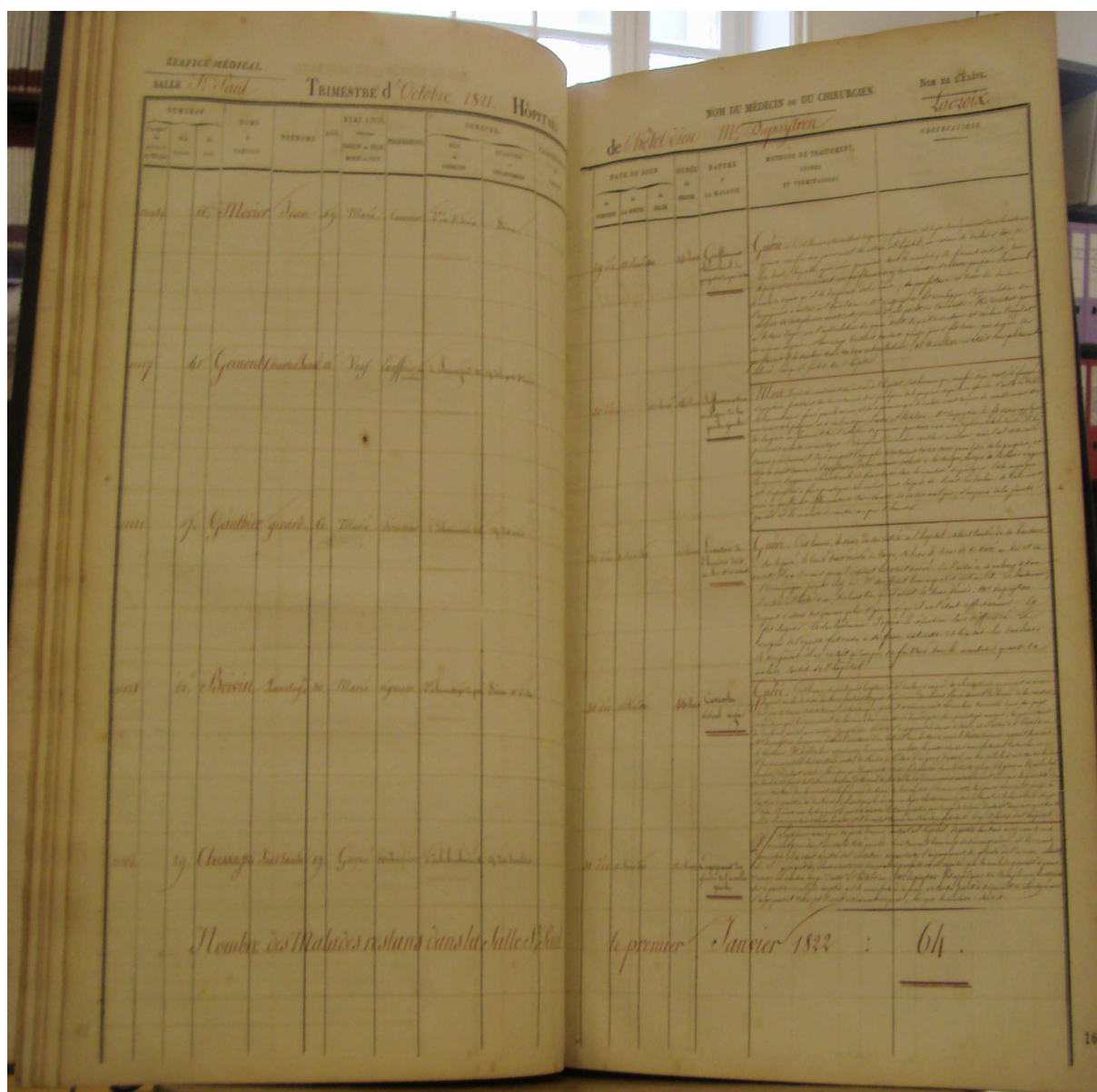


Illustration 31: Hôtel-Dieu, Chirurgie département des hommes, registre du mouvement de la salle st paul, Tenu par JB Lacroix, année 1822 (en réalité cela concerne les entrées de 1821). Cote AAP Hôtel-Dieu R1

Ces registres, qui correspondent aux règlements mentionnés, sont très lourds et encombrants : 40x56cm, 175 pages, ils pèsent plusieurs kilogrammes. Ils mentionnent le numéro d'entrée, de salle (vide ici), de lit, le nom, prénom, âge, l'état civil, la profession, l'adresse, la date d'entrée et de sortie ou décès, la durée de séjour, la nature de la maladie et la

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

« méthode de traitement, crises et terminaisons » (fusionnée, ici comme en général, avec la colonne « observations »). On perçoit clairement avec l'agencement de cette dernière colonne, que les traitements et observations sont réécrits à l'issue du cas et non au jour le jour, pour optimiser l'espace dans le registre.

Mentionnons ici brièvement une évidence : le fait même que le Conseil fasse imprimer, dès ses débuts, des feuilles d'observations contribue au même mouvement de standardisation et de formalisation dont nous parlions précédemment (ainsi qu'aux excès dont il est question dans le rapport sur le règlement du service de santé de 1830). C'est par exemple ce qu'indique Joël Coste dans son étude des registres d'admission des Invalides : la structuration « colonnaire » des registres est un fait ancien, mais « elle fut considérablement amplifiée au début du XIX^e siècle et (transitoirement) standardisée dans les registres dont les colonnes étaient préimprimées (pour les hôpitaux parisiens) »¹⁹²⁷. Et cet effort ne s'est pas limité aux registres d'admission et de sortie : à titre d'exemple, on peut prendre les feuilles d'observations suivantes :

1927 Coste 2010, p.37.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

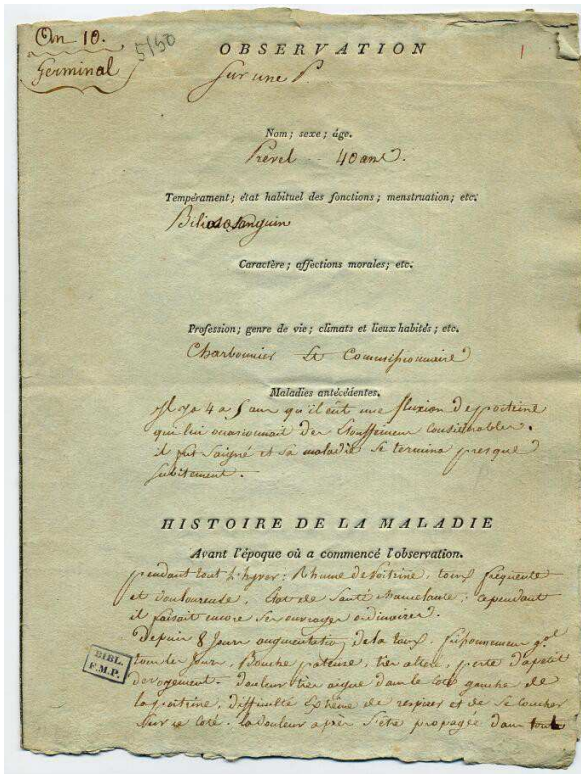


Illustration 33: Modèles de feuilles d'observation, sur feuille imprimée, utilisées dans le service de Bichat, an X

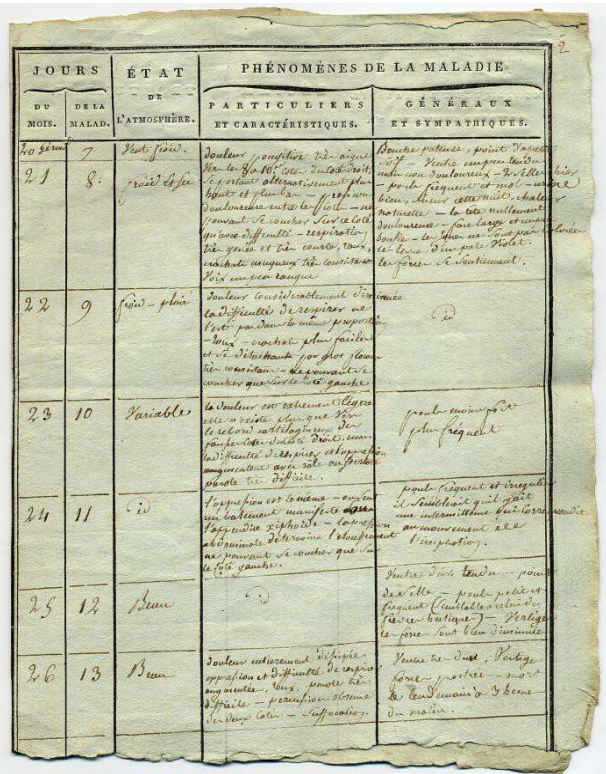


Illustration 32: Modèles de feuilles d'observation, sur feuille imprimée, utilisées dans le service de Bichat, an X

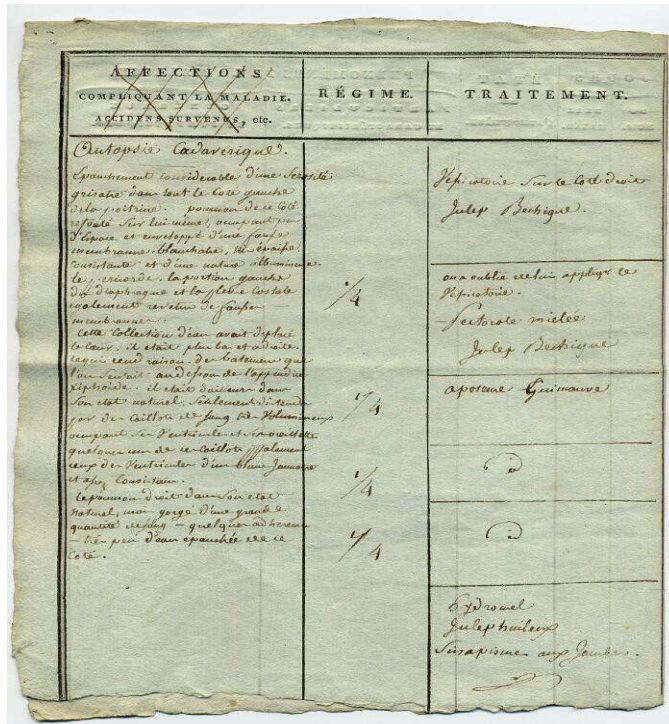


Illustration 34: Modèles de feuilles d'observation, sur feuille imprimée, utilisées dans le service de Bichat, an X

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

Le modèle de feuille proposé ne nous est pas resté, bien qu'on puisse aisément le reconstituer d'après la description qui en est faite à l'article 20 précédemment mentionné. On se bornera ici à faire remarquer que font leur apparition, dans ces nouvelles feuilles d'observation, le numéro d'enregistrement et de lit du malade, ainsi que sa salle et le nom de l'élève chargé de la rédaction. Depuis longtemps le Conseil voulait remplacer les registres par des feuilles mobiles, autant pour les motifs susmentionnés que pour des raisons de stockage¹⁹²⁸. La feuille d'observation est maintenant censée concentrer les cas cliniques les plus intéressants, et pourtant on voit encore poindre le mélange des genres, et l'utilisation d'outils médicaux à des fins administratives : compter pour une meilleure comptabilité, attribuer *ad hominem* pour mieux former et évaluer.

Pour conclure, les règlements du service de santé, les cahiers, registres, feuilles de visite et d'observation nous semblent parfaitement entrer dans la catégorie d'objets et de procédures que Laurent Thévenot a appelée « investissements de forme ». C'est-à-dire le sacrifice d'une satisfaction immédiate dans la perspective d'une augmentation de rendement, basée sur « l'accroissement de stabilité (et de généralité[...]) qui est attaché à ce sacrifice. ». Ainsi défini, l'investissement de forme « peut comprendre, outre les investissements au sens traditionnel du terme, des opérations de mise en forme très variées, depuis la contrainte matérielle d'une standardisation jusqu'à l'impératif moral de l'engagement en passant par l'obligation des conventions. »¹⁹²⁹. Le parallèle avec notre situation hospitalière semble pertinent. L'auteur lui-même voit – pour la part qui nous occupe – dans *La naissance de la clinique* une histoire de la « constitution d'espaces cliniques » qui pointe

1928 CGH, 29 novembre 1828 : c'est à l'occasion d'une séance extraordinaire sur la révision du règlement du service de santé que le rapporteur en profite pour proposer ce nouveau modèle. AAP 136 FOSS¹⁰⁵ F°566-572.
1929 Thévenot 1985, p.5.

3.1.2 Les règlements du service de santé et les cahiers de visite

« le coût d'investissement de ces formes générales (notamment les interventions des représentants des groupes professionnels sur l'enregistrement statistique de la profession, sur le libellé d'une rubrique, sur la formulation d'une définition, sur la standardisation d'une appellation, sur la généralisation d'un critère de définition) ainsi que les économies qui tiennent à leur cohérence avec d'autres formes, juridiques ou techniques, ayant des caractéristiques voisines (inscriptions dans des codes, garanties et prérogatives, lien avec des diplômes). Ces formes sont, dans leur usage, tout à la fois cognitives et opératoires »¹⁹³⁰

Or il nous semble bien que c'est à cela que nous avons à faire : un effort, médicalement et administrativement motivé, coûteux sur le moment, pour mettre en forme des procédures, des observations, des prescriptions, de façon à accroître la stabilité et la généralité des observations et prescriptions ainsi produites, les transformants en faits scientifiques et/ou de gestion, mais faits avant tout. Si les mêmes documents sont si appropriés à deux activités différentes, c'est qu'elles entretiennent des relations par un jeu d'équivalences constamment construit et maintenu par l'institution. De là, il est possible de penser que le développement de ces deux activités est relativement corrélé.

1930 Thévenot 1985, p.30.

3.2 Compter

3.2.1 Le « tableau clinique »

GRILLE TOUT AUTANT QUE peinture, le « tableau » clinique est polysémique : c'est à dessein que cet aspect de la rédaction clinique est intégrée à la présente section. On a vu comment la « machine » administrative avait repris un instrument médical, illustrant la « rationalisation par la science et par la technique guidée par la science »¹⁹³¹ analysée par Max Weber. Cette reprise et cette intégration se firent par la définition des informations à recueillir et par leur diffusion, en tout ou partie, à des acteurs hospitaliers non-médicaux ou para-médicaux (pharmaciens, mais aussi agents de surveillance, économes, cuisiniers). Mais elles firent aussi par la forme même que prirent une large part de ces informations, comme nous l'avons déjà évoqué à plusieurs reprises : une forme tabulaire. Or cette forme n'est pas sans effets, puisqu'on peut la concevoir comme une étape nécessaire à l'extensive activité de comptage que partageront médecins et administrateurs.

La polysémie du mot « tableau », qui désigne à la fois une représentation picturale et une écriture qui fait correspondre des syntagmes en abscisse et en ordonnée, se trouve précisément au cœur de la notion de « tableau clinique », dont on a déjà mentionné l'usage par Pinel. Mais elle est mieux exprimée encore par Léon Rostan¹⁹³², dans les cinq petites pages (sur les 567 que compte le premier volume et les 1303 des deux volumes cumulés) qu'il consacre à

1931 Weber 2003 [1917], p.83.

1932 (1790-1866) interne des hôpitaux en 1809, soutint sa thèse sous la présidence de Pinel en 1812. Professeur à la faculté de médecine de Paris en 1840 (chaire de clinique médicale), il avait été appelé en 1813 à la Salpêtrière, y remplaça Landré-Beauvais, et y inaugura en 1818 une clinique très appréciée des débutants. cf. Wiriote 1970, p.122.

3.2.1 Le « tableau clinique »

l'écriture des cas cliniques dans son *Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques*, et dont les propos vont à l'encontre de ceux de son maître à la Salpêtrière :

« Le médecin n'est pas toujours borné à interroger un malade pour lui donner ses soins ; dans quelques circonstances, il devra écrire ce qu'il a observé, soit dans le but de conserver de simples notes sur des faits intéressants, soit dans celui de rédiger un mémoire à consulter, soit aussi dans celui de publier ses observations pour étendre le domaine de la science, etc. [...] mais pourquoi demander que le médecin soit doué de sensibilité et même d'imagination ; l'imagination surtout, qui fait apercevoir tous les objets à travers un prisme exagérateur et mensonger ? Le voici : un observateur froid, impassible spectateur des maux de son semblable, pourra bien être un observateur et précis, mais un observateur doué de sensibilité, touché de ces mêmes maux, qui n'effleureront pas le cœur du premier, ne les retracera-t-il pas avec cette chaleur d'âme qui vivifie les tableaux ? Comparez l'image sans couleur du premier avec la peinture animée du second, et vous verrez lequel des deux vous paraîtra mériter la préférence. »¹⁹³³

À la suite de quoi (pp.234-235) il propose une « table abrégée » pour guider l'interrogation du malade et l'histoire de sa maladie, laquelle se présente sous la forme d'un arbre des fonctions organiques (digestion, respiration, circulation), les fonctions cérébrales et l'examen stéthoscopique de la poitrine, évalués en termes qualitatifs (augmenté, diminué, clair, mat, etc.)

Pour Michel Foucault, dans les rares pages qu'il y a consacré dans sa *Naissance de la clinique*, le tableau répond au problème posé au clinicien de savoir si

« il serait possible de faire entrer dans une représentation spatialement lisible et conceptuellement cohérente, ce qui, de la maladie, relève d'une symptomatologie visible, et ce qui relève d'une analyse verbale. Ce problème s'est manifesté dans une difficulté technique très révélatrice des exigences de la pensée clinique : le *tableau*. Est-il

1933 Rostan 1826, pp.229–230. Dans une section (pp.188-236) dédiée à la « manière d'interroger, d'examiner un malade et de tracer une observation » qu'il consacre essentiellement aux moyens « d'empêcher les malades de divaguer et de débiter leurs rêveries » (p.195), aux techniques de palpation, d'auscultation, etc.

3.2.1 Le « tableau clinique »

possible d'intégrer dans un tableau, c'est-à-dire dans une structure à la fois visible et lisible, spatiale et verbale, ce qui est perçu à la surface du corps par l'œil du clinicien, et ce qui est entendu par ce même clinicien du langage essentiel de la maladie ? »¹⁹³⁴

Poser la question en ces termes, est, nous semble-t-il, manquer toute une partie de la fonction opératoire de l'organisation de la connaissance clinique en tableau. La question, pour Foucault, est toute entière celle du langage clinique et de son adéquation à son objet. Dans cette perspective, il voit dans les tableaux pinéliens un instrument analytique limité par le fait même qu'ils ont pour finalité d'organiser des corrélations pour les faire facilement reconnaître, et non pas de faire apparaître des relations non données *ex-ante* : « il est évident que la structure analytique n'est pas donnée ni révélée par le tableau lui-même ; elle lui était antérieure et la corrélation entre chaque symptôme et sa valeur symptomatologique a été fixée une fois pour toutes dans un *a priori* essentiel ; sous sa fonction apparemment analytique, le tableau n'a pour rôle que de répartir le visible à l'intérieur d'une configuration conceptuelle déjà donnée. » Le tableau serait à la connaissance, en quelque sorte, ce que l'hôpital pré-révolutionnaire était à la proto-clinique : un théâtre.

L'utilité du tableau pour représenter le langage de la maladie et servir d'aide mémoire est effectivement patente dans l'extrait suivant

« Quand les maladies se compliquent les unes avec les autres, et qu'elles offrent plusieurs séries de symptômes appartenant à des espèces différentes observées simultanément sur le même individu, le travail de l'observateur devient plus difficile, et la marche à suivre diffère nécessairement de celle qu'on adopte pour la description d'une maladie simple ; et c'est dans une semblable circonstance qu'elle a besoin de cet esprit sévère d'analyse qui porte la clarté et la méthode qui sont propres à chacune des maladies élémentaires et compliquantes. Pour atteindre ce but, l'élève tracera sur son journal d'observations plusieurs colonnes destinées exclusivement à recevoir séparément les notes relatives aux signes des affections élémentaires de l'espèce compliquée : une de ces colonnes sera consacrée aux symptômes communs. Ainsi, supposons qu'on ait à faire à l'histoire

1934 Foucault 2003 [1963], p.113.

3.2.1 Le « tableau clinique »

d'une fièvre gastro-adyynamique, on formera trois colonnes parallèles : l'une, destinée aux symptômes gastriques, l'autre aux symptômes adynamiques, et la troisième aux symptômes communs. »¹⁹³⁵

Là, la distribution tabulaire préconisée sert essentiellement le volet pédagogique de l'activité clinique. Mais on ne saurait l'y restreindre.

On peut percevoir chez Bayle une autre visée à la prescription tabulaire :

« On devrait mettre chaque observation sur trois colonnes ; dans celle du milieu on tracerait l'histoire de la maladie, telle que nous venons de l'indiquer. Dans la première colonne seroit cette même histoire présentée laconiquement, comme dans les observations du premier et du troisième livre des Épidémies d'Hippocrate, ou dans quelques-unes de celles qui nous restent de Boerhaave ; la troisième colonne renfermeroit le diagnostic établi et le pronostic porté par le praticien, les raisons qui l'ont déterminé à établir l'un et à porter l'autre, celles qui l'ont engagé à adopter le traitement employé, et celles qui quelques fois l'engagent à changer d'avis par la suite, relativement au diagnostic, ou au pronostic, ou au traitement.

Dans une observation ainsi tracée, on fixe pour ainsi dire chaque instant de la maladie, et on en met en quelque sorte l'ensemble sous les yeux des lecteurs.

Par-là encore chaque histoire particulière porte avec elle un indice qui la rend facile à comparer avec les maladies analogues consignées dans les livres, et on retire quelque fruit des connoissances du praticien. [...]

À la fin de chaque observation on pourroit placer un tableau qui indiquât la marche de chaque symptôme pendant le cours de la maladie ; on mettroit à la tête de celui qu'on regarderoit comme essentiel, les autres suivroient dans l'ordre de leur importance. En voici un exemple tiré d'une observation de pustule gangréneuse : »¹⁹³⁶

1935 Bayle 1812, pp.33–35.

1936 Bayle 1802, pp.37–39.

3.2.1 Le « tableau clinique »

	1 ^{er} . JOUR.	2 ^e . JOUR.	3 ^e . JOUR.
Enflure.	Pustule mili- laire portée sur une pe- tite tumeur endurcie, placée vis-à- vis le trou mentonier gauche, au milieu d'une enflure élas- tique, indo- lente, occu- pant la par- tie inférieu- re du côté gauche de la face: nul changement de couleur à la peau.	Pustule de la grosseur d'un grain de chenevis: l'enflure s'é- tendant de- puis le côté gauche de la face jusqu'à la clavicule: la petite tu- meur endur- cie ayant ac- quis la lar- geur d'une pièce de 24 sous.	Pustule et tu- meur de mê- me grosseur que la veille: enflure oc- cupant toute la face, tout le col et presque tou- te la partie antérieure du haut de la poitrine.
Pouls.	Naturel.	Naturel.	Insensible au bras gauche, foible et in- termitent au bras droit.
Evanouissemens.	Aucun.	Quelques éva- nouissemens.	Angoisses et évanouisse- mens fré- quens.
Sommeil.	Naturel.	Presque natu- rel.	Assoupissem ^t . rêves et car- phologie.
Appétit.	Naturel.	Ordinaire.	Nul.
&c.	&c.	&c.	&c.

Illustration 35: Tableau de l'évolution des symptômes de Bayle

On perçoit bien là un autre objectif du tableau : une aide au diagnostic et au pronostic, mais aussi et peut-être surtout la standardisation des informations pour permettre leur comparaison méthodique, et la description systématique et dynamique des symptômes qui pourrait aboutir à une nomenclature des symptômes pathognomoniques.

Sans remonter jusqu'au livre second du *Novum Organum* de Bacon, on peut clairement

3.2.1 Le « tableau clinique »

indiquer une généalogie aux tableaux cliniques, généalogie tout à fait éclairante quant aux fonctions attendues du tableau dans l'organisation et la pratique du savoir médical.

Dès 1756 on peut trouver un exemple de la place et de la forme prescrites à l'observation, dans une *Lettre à l'Auteur du journal, sur l'usage que l'on doit faire des Observations en Médecine* adressée au Recueil périodique d'observations de médecine, chirurgie, pharmacie, etc¹⁹³⁷. L'auteur, anonyme, commence par distinguer deux types d'observations¹⁹³⁸ : la première est la perception de faits et leur description « sans raisonnement, sans en tirer aucune conséquence » ; la seconde, appartenant « au génie et à la science », est « active » et compare, sépare les aspects, les relie entre eux, et donne des relations causales. La première, sans être négligeable, appartient à une « médecine au berceau »¹⁹³⁹ : elle nous fournit « un tableau frappant de la maladie ; mais [...] aucune connoissance des causes ». La seconde, en revanche, est la marque d'une médecine scientifique : elle aussi présente « un rapport exact de la maladie », mais aussi « l'enchaînement que les faits ont entr'eux, [...] le siège de la partie malade, la façon dont elle est affectée. ». Ces observations ne sont pas hétérogènes : c'est par la multiplication des données et des corrélations que l'on peut passer de l'une à l'autre. D'où l'importance de les consigner avec méthode et précision. C'est justement « parce qu'il ne suffit pas d'être persuadé de la nécessité de l'Observation, il faut encore prendre les moyens convenables pour en tirer plus de fruits » que l'auteur propose la publication de la table de « Clifton¹⁹⁴⁰ » (sic), reproduite ci-dessous :

1937 M.***, Médecin 1756a.

1938 Les citations suivantes sont tirées des pp. 20-21.

1939 M.***, Médecin 1756a, p.24.

1940 Francis Clifton, médecin néohippocratique londonien à succès, avait proposé cette table dans son livre *State of Pysick Ancient and Modern Briefly considered with a Plan of Improvement of it* en 1732. cf. Tröhler, 2007 qui attribue à Clifton une large part de la paternité de l'utilisation de tableaux en médecine, sur le modèle il est vrai des tables de mortalité variolique produites dans les années 1720 par James Jurin.

3.2.1 Le « tableau clinique »

pag. 44.

TABULA MEDICA GENERALIS.

1		2	3	4	5	6
<i>Sexus, ætas, temperies, occupatio & victus ægri.</i>		<i>Dies morbi</i>	<i>Morbi phænomena.</i>	<i>Remedia. Eventus.</i>		
QUATUOR CLASSES.			<i>Dies mensis.</i>			
<i>Ingesta.</i>	1	1	Anorexia. Anxietas. Apthæ, &c.	6		
	Aër, cibus & potus, medicamentum, venenum.			7		
<i>Græta.</i>	2	2		8		
	Motus corporis totius, partivæ, affectus animi, quies, utriusque somnus, vigilia.			9		
<i>Retenti, & excreti.</i>	3	3				
	Salubria, five morbosa.					
<i>Applicata.</i>	4	4				
	Aër, vapor, fomentum, balneum, vestis arcta laxaque, linimentum, unguentum, emplastrum. Vulnerans, contundens, erodens, instrumentum.					

Illustration 36: Illustration : Table de Clifton

La première colonne doit comporter « l'âge, le sexe, le tempérament, l'occupation et la façon de vivre du malade », mais aussi les variations de saison, l'air et les vapeurs, etc. Viennent ensuite le décompte des jours, la description des symptômes, les remèdes, et enfin les « évènements salutaires ou mortels, [...] les crises et les différents changements des maladies »

Pour Clifton, ces tables étaient avantageuses à deux niveaux : non seulement pour faciliter l'observation, mais aussi pour promouvoir une analyse comparée systématique en simplifiant la classification¹⁹⁴¹. Et c'est bien ainsi que l'auteur anonyme de la lettre jugeait utile la

¹⁹⁴¹ Tröhler 2007.

3.2.1 Le « tableau clinique »

publication en français de l'original anglais¹⁹⁴².

Restait une question majeure, que nous avons déjà évoquée : la fiabilité de la table proposée dépendait étroitement de l'évaluation des maladies régnantes et autres déterminants environnementaux par chaque médecin, évaluation qui reposait en dernière instance sur leur expérience et leur pratique personnelle, laquelle était, par définition, non-standard. La réponse formulée par Clifton, reprise de Bacon, était simple : l'emploi d'une sorte de « statisticien hospitalier pour « écrire les cas des patients individuels jour par jour, candidement et judicieusement », c'est-à-dire sans aucune considération pour des intérêts ou des opinions publiques ou privées. »¹⁹⁴³ Le statisticien devrait publier à la fin de chaque année ces résultats, les laissant à l'appréciation et à l'utilisation de chacun. Statisticien hospitalier qui ressemble à s'y méprendre au comptable rendant ses comptes annuels ...

Il est ainsi clair dès le départ, le tableau n'a pas pour seul objectif la représentation graphique de la maladie, il sert deux autres buts. Le premier, plus rhétorique, est décrit par Ann La Berge à propos de la controverse entre thuriféraires et contradicteurs de la méthode numérique à l'académie de médecine en 1837 : « Les numéristes souscrivirent à la rhétorique des chiffres, c'est-à-dire l'idée que les chiffres remplacent des faits objectifs, des faits indiscutables. Les chiffres fonctionnèrent aussi comme représentations, non seulement d'eux-mêmes et par eux-mêmes, mais surtout lors de leur disposition en tableaux. En tant que tel, ils devinrent des représentations picturales, qui pouvaient remplacer les mots, être plus factuels, plus scientifiques, et plus convaincants. »¹⁹⁴⁴ Nous sommes donc enclin à suivre John R.

1942 M.***, Médecin 1756b, p.39.

1943 Tröhler 2007 « a kind of hospital statistician, employed to “set down the cases of the patients there from day to day, candidly and judiciously”, that is, without any regard to private or public opinions, or interests. »

1944 La Berge 2005, p.103 : « Numerists subscribed to the rhetoric of numbers: that is, the notion that numbers

3.2.1 Le « tableau clinique »

Matthews quand il dit que c'est l'agencement tabulaire de données chiffrées qui faisait la valeur de l'observation médicale clinique pour P.C.A. Louis, pour qui « La « Science » émerge quand ces observations étaient numériquement collectées et représentées tabulairement » (par opposition à Claude Bernard pour lequel c'était la connaissance exhaustive des déterminismes physiologiques qui faisait la valeur scientifique de la connaissance médicale)¹⁹⁴⁵. La présentation tabulaire, par opposition à une forme plus littéraire, implique une prise de position et le postulat de points, de critères communs. Cela ne va pas de soi, comme l'écrit Alain Desrosières : « L'exemple de la controverse [au début du XIX^e siècle dans la statistique descriptive allemande] autour des « faiseurs de tableaux » issus de cette école statistique est significatif. Les partisans des tableaux adoptent une position en surplomb permettant de voir en même temps et avec la même *grille* différents pays. » ... ou différentes maladies, Desrosières signalant que « la même controverse [...] sera aussi caractéristique de débats suscités par l'usage de la « méthode numérique » en médecine. »¹⁹⁴⁶

Le but second de l'usage des tableaux correspond à la standardisation des formes d'observation, qui doit à son tour servir une généralisation par comparaison.

Or, c'est justement cette dimension standard qui va permettre une utilisation variée et partiellement imprévue du tableau clinique. Il faut indiquer ici que ceci n'est pas propre à la clinique stricto sensu, mais à la médecine en général. Un exemple en est donné dans les travaux anatomiques de Dupuytren en 1802. Voulant étudier les conformations organiques et

stood in for value-free facts, facts beyond dispute. Numbers also functioned as representations, not only in and of themselves but especially when arranged in columns and tables. As such, they became pictorial representations, which could stand in for words, be more factual, more scientific, and more convincing. »
1945 « Louis's and Bernard's differing intellectual visions of objectivity manifested themselves concretely at the level of research practice. For Louis, the proper professional behavior for the medical researcher was to diagnose and classify diseases in the clinic by observing pathological anatomical conditions in patients. "Science" emerged when these observations were numerically collected and represented in tabular form. »
Matthews 1995, p.74.

1946 Desrosières 1993, p.33.

3.2.1 Le « tableau clinique »

les lésions anatomiques, « travail [qui] ne pouvait se fonder que sur un grand nombre d'observations » (plus de mille corps), « une marche uniforme devait présider à sa confection ». Les descriptions précises des viscères et de leurs lésions furent synthétisées sous forme de tableaux, conçus certes comme des « aides mémoires », mais dont le rôle était de permettre des comparaisons standards (fréquence de lésion-type par organe ou appareil, corrélations entre lésion-types, sur-représentation de lésions en fonction de l'âge ou du sexe, établissement de « constitutions anatomiques » saisonnières sur le modèle des « constitutions médicales » ou encore amélioration de la nosologie d'après les lésions anatomiques constatées)¹⁹⁴⁷.

1947 cf. Dupuytren 1802 cité par Maulitz 1987, p.74.

3.2.1 Le « tableau clinique »

Exposé par ordre anatomique des parties sujettes aux fractures.		Nombre des fractures	Age des malades.				Régions du corps.		Partie de l'os fracturée.					Direction de la fracture.				Sens de déplacement.		
			10-20 ans	20-30 ans	30-40 ans	40-50 ans	Côtes	Col	Proximal	Moyen	Inférieur	Extremité	Supérieure	Inférieure	Antérieure	Postérieure	Latérale	Supérieure	Inférieure	
Crâne,	Craie, voûte,	1																		
	Os propres d'une mâchoire inférieure	2																		
Thorax,	Sternum,																			
	Côtes, Anomales	24	5	8	7	6				22					2	23				23
Vertèbres,	Cervicales,																			
	Dorsales,																			
	Lombaires,	1																		
Bassin,	Os coxal,	2																		
	Sacrum,																			
	Coccyx,																			
Epaule,	Omo-claviculaire,	2																		
	Claviculaire,	15																		
Bras,	Humérus,	41																		
	Os radius,	14																		
Coudé,	Cubitus,	4																		
	les deux os,	8																		
Main,	Carpe,																			
	metacarpe,	1																		
Cuisse,	phalanges,	2																		
	Fémur,	23																		
Genou,	rotule,	2																		
	tibia,	9																		
Jambe,	Péroné,	9																		
	les deux os,	21																		
Pied,	Tarses,																			
	metatarses,																			
	phalanges,	1																		
Totaux :		155	1	85	56	64	78	17	49	5	58	11	57	98	23	50				

Illustration 37: Hôtel-Dieu, chirurgie département des hommes, registre du mouvement de la salle st paul, Tenu par JB Lacroix, année 1822, AAP Hôtel-Dieu R1. Détail du "tableau synoptique des fractures" figurant en fin de registre

Idee que Dupuytren mit en application quelques années plus tard, pour sa clinique

3.2.1 Le « tableau clinique »

chirurgicale de l'Hôtel-Dieu cette fois-ci. À l'issue du registre de mouvement de la salle Saint-Paul déjà mentionné, on trouve trois « tableaux synoptiques » : un des fractures (extrêmement détaillé, reproduit partiellement ci-dessous), un des maladies de l'appareil génital, un des fractures multiples.

Tableaux précédés de cinq belles planches illustrant à merveille la polysémie et les usages multiples du « tableau » clinique et de son support papier, et les tentatives, par certains médecins, d'investir cet outil d'un « supplément de valeur » strictement médical, détournant l'objet de sa stricte fonction initiale :

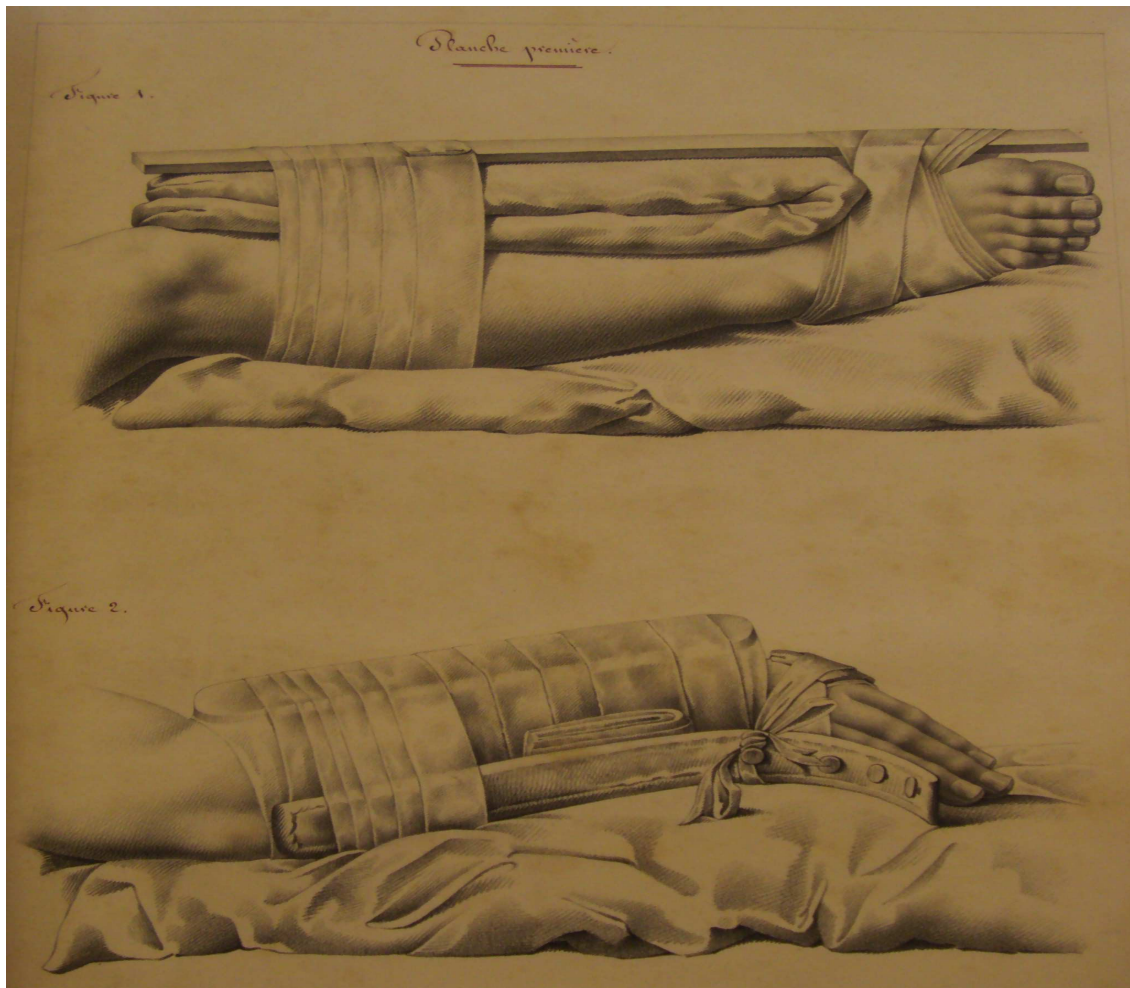


Illustration 38: Hôtel-Dieu, chirurgie département des hommes, registre du mouvement de la salle St Paul, Tenu par JB Lacroix, année 1822. Planche figurant un « appareil fort simple et fort ingénieux, imaginé par Mr. Dupuytren, pour le traitement de la fracture du péroné. » AAP Hôtel-Dieu R1

3.2.1 Le « tableau clinique »

Cette prégnance du « tableau » dans la conception que se font les médecins de leur pratique clinique et de la forme que doivent prendre leurs observations, tout comme l'insistance qu'ils partagent avec l'administration à vouloir faire écrire leurs pairs et leurs élèves dans les formes prescrites, ne souffre donc guère de doutes. Mais médecins et internes ne sont pas les seuls à y être assujettis ...

Les canons de la bonne administration hospitalière se trouvent imprimés dès les débuts du CGH dans un recueil intitulé « Arrêtés et instructions concernant les bureaux de l'administration des Hospices »¹⁹⁴⁸. En ses articles VIII à X (pp.3-4), il prévoit la reddition à la commission administrative, chaque semaine, d'un tableau des personnes attachées aux hospices ainsi qu'un autre « pour lui présenter l'état du travail et de l'assiduité de chacun ». Tableau divisé en trois colonnes : la première pour le travail sommaire dont l'employé est chargé, la seconde pour l'état du travail (à jour ou non, avancée des autres travaux), la troisième pour « les observations relatives au retardement du travail, à sa lenteur et à ses progrès » et les jours d'absence. (art. IX). Ce « tableau de travail » doit être signé par les chefs de bureau ou les agents de surveillance selon qu'ils proviennent de l'administration centrale ou des établissements hospitaliers. Il est vérifié par la commission administrative qui prend éventuellement des mesures financières contre les employés manquant de diligence. Ce dispositif ressemble clairement à celui prévu pour les internes dont l'administration veut maximiser le zèle et l'assiduité, comme nous l'avons vu précédemment¹⁹⁴⁹.

1948 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802c.

1949 cf. supra section 3.1.2.2.

3.2.1 Le « tableau clinique »

Mais il y a plus : une instruction du CGH du 6 brumaire an X (28 octobre 1801) détaille la manière dont doivent être conduites les activités de bureau en administration centrale : chaque chef de bureau doit tenir un « registre pour inscrire les pièces qui y sont apportées. Le registre sera distribué en un nombre de colonnes suffisantes pour qu'on puisse suivre la marche de ces pièces hors le bureau, jusqu'à ce que l'on arrive à la dernière colonne, qui porte en tête *décision* ». Aussi longtemps que les pièces sont dans le bureau, le registre est superflu : il suffit d'écrire sur la chemise qui les contient. Mais quand elles circulent, il faut pouvoir les suivre, et savoir si l'affaire a été menée à bien¹⁹⁵⁰. De même que le registre de visite devait porter l'évolution des symptômes de chaque individu pour pouvoir le situer dans le déroulé de sa maladie et développer une thérapeutique et une gestion appropriée, on peut dire que le registre de bureau reprend les mêmes instruments et la même rationalité pour ses objets propres : les pièces administratives, comptables, rapports, devis, circulaires, instructions, etc diverses et variées qu'il doit pouvoir suivre jusqu'à leur sortie de l'institution.

Il nous semble donc que les prescriptions faites aux personnels médicaux par les médecins susmentionnés trouvent leurs exacts pendants dans la façon dont le Conseil Général des Hospices demande à ses employés d'accomplir leurs tâches quotidiennes. Aux prescriptions journalières auquel l'élève doit se plier pour faire de la « bonne clinique » répondent, comme en miroir, les obligations qui incombent aux salariés de l'administration pour faire de la « bonne gestion ». Dans cette institution comme dans bien d'autres, les mêmes instruments, les mêmes procédures opèrent pour administrer les choses et les hommes ...

1950 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, pp.33–34.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

L'hôpital est donc le lieu d'un outil commun et de procédures communes à la médecine et la gestion, par le truchement de l'écrit et de sa mise en forme tabulaire. Nous avons examiné la finalité d'une partie de ceux-ci pour la clinique (pédagogie de la présentation de cas, objectivisation et homogénéisation des observations), il nous reste à voir ses applications administratives. Si l'on admet que le tableau « soutient la standardisation des formes d'observation, qui doit à son tour servir une généralisation par comparaison », comme nous espérons l'avoir montré à travers l'histoire de la table de Clifton et des usages attendus des tableaux cliniques¹⁹⁵¹, il n'est guère surprenant que le CGH, première administration durablement en charge de tous les établissements hospitaliers de la capitale, ait fourni un effort particulier de normalisation des registres, cahiers, recueils d'observation, d'entrée, de sortie, etc alors que s'accroissait la variété des situations qu'il avait à gérer¹⁹⁵².

George Rosen déjà¹⁹⁵³, et Ulrich Tröhler plus récemment ont déjà montré que « les médecins britanniques du dix-huitième et du début du dix-neuvième siècles ont créé une arithmétique médicale sur le modèle de l'arithmétique politique. Ceci ne fut pas limité à la thérapeutique, mais également étendu à la nosologie »¹⁹⁵⁴. Aussi, il nous semble que l'on peut reprendre cette citation d'Hervé Lebras sur les conditions d'apparition d'une statistique étatique en la transposant au système hospitalier : « Le postulat d'égalité et la foi dans l'arithmétique ne constituaient cependant pas des raisons suffisantes à l'apparition de nouvelles disciplines. Il fallait en outre un puissant motif pour mettre en œuvre le calcul sur fond d'égalité des citoyens ou des sujets. Ce n'est ni la proclamation d'une nouvelle égalité de

1951 Voir pages précédentes, section 3.2.1.

1952 cf. la citation de Joël Coste déjà mentionnée, note 1765 p.530.

1953 Cf. Rosen 1993 [1958], pp.148–151 notamment.

1954 Jorland, Weisz & Opinel 2005, p.5 « Ulrich Tröhler shows how British doctors of the eighteenth and early nineteenth centuries created a medical arithmetic on the model of political arithmetic. This was not limited to therapeutics but extended as well to nosology. »

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

nature, ni la montée en puissance du calcul qui entraînait directement une application à la politique. Ce motif est aussi énoncé dans le *Léviathan*, c'est la soumission absolue du savoir au souverain, sa mise au service du pouvoir. »¹⁹⁵⁵ Parce que Hobbes avait rendu les hommes égaux on pouvait les compter, parce que le savoir était soumis à l'intérêt supérieur de l'État, la statistique et la démographie naquirent. Ceci n'est pas si différent de la statistique médicale : parce que la comparabilité des cas pathologiques est considérablement augmentée par le tableau et ses usages, parce que ces cas sont sous l'autorité supérieure du médecin et de l'administration hospitalière, il devient possible de faire des statistiques et des agrégats comptables dans un but, pour une fin.

En somme, on peut dire que l'insistance sur les tableaux cliniques dont il a été question à la section précédente va droit à la numération des informations : la normalisation permet l'agrégation, qui rend possible le chiffrage.

Là encore, le propos n'est certainement pas de laisser penser que la statistique médicale doit tout à son lieu de production¹⁹⁵⁶, et en particulier à un de ses lieux de production, les hôpitaux parisiens. Nous n'oublions pas que la pratique d'une médecine chiffrée date de bien avant le XIXe siècle, et qu'elle se développa aussi sous bien d'autres latitudes que les parisiennes. Nous nous contenterons d'essayer de montrer que si l'hôpital est le cadre naturel de la méthode numérique, c'est certes parce qu'il permet de vastes échantillonnages (ce que tous les historiens de la méthode numérique semblent reconnaître), mais aussi sans doute

1955 Le Bras 2000, p.134.

1956 C'est probablement la principale critique que l'on peut faire à Hess & Mendelsohn 2010, malgré le démenti de déterminisme qui conclut l'article (p.310). Peut-être fallait-il, pour établir solidement l'argument, l'outrer quelque peu. Mais traiter de l'usage des chiffres en médecine et de la méthode numérique de Louis (pp.296-300) en faisant une pure extension de la bureaucratie comptable hospitalière sans mentionner une seule fois sa généalogie vaccinale relève de la gageure, voire du tour de force. De même, pour l'usage du thermomètre : en rabattre tous les effets sur la production du savoir médical aux méthodes pour inscrire les chiffres donnés par l'instrument sur un support papier semble excessif, quand on sait ce que l'usage même d'un instrument suppose comme prises de positions aussi bien pratiques de théoriques. Sur ce point, cf. par exemple Latour 1988, pt.II, chapitre 3.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

parce que son administration encouragea de telles pratiques dans lesquelles elle voyait une source d'information précieuse pour ses desseins propres et un langage commun avec les praticiens de santé.

3.2.2.1 *Quoi compter ?*

Mais faisons d'abord un bref détour par l'histoire de la quantification dans les sciences médicales (pour reprendre le titre d'un célèbre article de Richard Shryock)¹⁹⁵⁷.

Si l'usage de chiffres semble remonter aussi loin que la pharmacologie égyptienne mille cinq cents ans avant notre ère, la mention de mesures pour appuyer des théories médicales prend visiblement racine aux XV-XVII^e siècles après les travaux de Cusanus¹⁹⁵⁸, Van Helmont ou Paracelse¹⁹⁵⁹. Mais ce n'est pas par la voie de l'appréciation des constantes physiologiques mais par la voie étiologique que la numération s'établit en médecine, comme l'indique George Canguilhem :

« Pas de médecine sans diagnostic, sans pronostic, sans traitement. L'étude logique-épistémologique de la construction et de l'épreuve des hypothèses trouve ici l'un de ses objets. Et nous voici à l'aube de la mathématique médicale. Les médecins commencent à prendre conscience d'une contrainte d'ordre épistémologique déjà connue en cosmologie et en physique : pas de prévision sérieuse possible sans traitement quantitatif des données initiales. Mais de quel type la mesure peut-elle être en médecine ? On peut mesurer les variations dans l'exercice des fonctions physiologiques [...] On peut calculer la fréquence d'apparition et de propagation de maladies contagieuses, et *faute d'étiologie vérifiée*, établir des corrélations avec d'autres phénomènes d'ordre naturel au (sic) social. C'est sous cette deuxième forme que la quantification s'introduit d'abord en médecine. »¹⁹⁶⁰

1957 Shryock 1961.

1958 Qui utilise dès 1450 des références à des fréquences respiratoires et cardiaques Shryock 1961, p.219.

1959 Shryock 1961, pp.216–220.

1960 Canguilhem 1988, p.20 Les italiques sont de nous : on verra par la suite l'importance des considérations étiologiques (ou de leur absence), dans un certain nombre de pratiques médico-administratives. cf. pp.655 & sq.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

En règle générale, la généalogie de l'utilisation des chiffres en médecine – en particulier dans l'espace français – reprend un schéma qui suit *grosso modo* les travaux de Graunt et Petty sur les tables de mortalité (XVII-XVIII^e siècles) les débats Bernoulli/d'Alembert sur la vaccination (fin XVIII^e)¹⁹⁶¹, l'utilisation de chiffres par Pinel (1804-1818)¹⁹⁶², puis par P.C.A. Louis (1825-1835)¹⁹⁶³, le débat sur la méthode numérique à l'Académie de médecine en 1837, et les réticences d'une partie des médecins cliniciens comme expérimentaux dans la seconde moitié du XIX^e siècle, pour nous arrêter à celui qui nous occupe ici¹⁹⁶⁴. Tout ceci mis en regard du contexte plus large et bien documenté de la genèse de la statistique descriptive allemande, de sa variante française et de l'arithmétique politique anglaise¹⁹⁶⁵. On connaît l'importance des perspectives financières (notamment les rentes viagères) dans les ouvrages pionniers de Graunt et Petty sur les tables de décès¹⁹⁶⁶, ainsi que des intérêts assurantiels dans le développement de la statistique démographique¹⁹⁶⁷, tout comme les liens étroits qui unissent les sciences camérales et les statistiques nationales. Dans cette optique, on comprend aisément que l'usage du nombre médical se soit fait soit en appui de préoccupations purement politiques (c'est par exemple la position de Bernoulli dans la « querelle de l'inoculation », du moins telle que d'Alembert la résume)¹⁹⁶⁸ ou plus largement hygiénistes.

Par ailleurs, J. Rosser Matthews, et surtout Ulrich Tröhler (dans *To Improve the Evidence of Medicine*) ont déjà établi que l'usage – clinique cette fois-ci – de données quantifiées était répandue au XVIII^e siècle. Au début du XVIII^e, les lithotomistes (pratiquant l'opération de la taille pour extraire les calculs rénaux), notamment Frère Jacques (à Paris) et William

1961 Sur ces deux points, on peut se reporter à Le Bras 2000, introduction & chap. 5 respectivement.

1962 De la première édition de sa *médecine clinique* à la sixième édition de la *nosographie philosophique*.

1963 Des *Recherches anatomico-pathologiques sur la phtisie* aux *recherches sur les effets de la saignée*.

1964 cf. Armitage 1983 ; Jorland, Weisz & Opinel 2005 ; Morabia 1996 ; Murphy 1981 ; Shryock 1961, pour n'en citer que quelques uns par ordre alphabétique.

1965 Desrosières 1993, chap.1 ; Martin & Lécuyer 2003 par exemple.

1966 Desrosières 1993, pp.34–37.

1967 T. M. Porter 1995, chap.2.

1968 Marks 2005.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

Cheselden à Londres, tenaient des comptes relativement précis de leurs opérations, succès et échecs, comme argument commercial vis-à-vis de leurs clients potentiels et scientifique vis-à-vis des académies qui les considéraient comme des charlatans¹⁹⁶⁹. Nous ne reviendrons pas sur les comparaisons thérapeutiques menées par James Lind dans le traitement du scorbut en 1747¹⁹⁷⁰. Nous nous limiterons à faire remarquer, comme Tröhler, que ces expériences ne furent possibles que parce que Lind profita de son poste à l'hôpital naval de Haslar pour faire des « observations de masse ». Observations dont l'usage comme instrument scientifique était conditionné par « la volonté – ou l'obligation – de les enregistrer », ce qui amena le médecin à réaliser qu'une même thérapie ne réussissait que dans une certaine proportion de cas pour une maladie donnée, et « l'incita à concevoir des expériences cliniques comparatives qu'il analysa numériquement »¹⁹⁷¹.

À l'instar des lignes qui précèdent, l'historiographie insiste généralement sur l'hôpital comme condition de possibilité essentielle à l'apparition d'une approche chiffrée de la pathologie, de par la nécessité, en son sein, de gérer de grands volumes de cas, de patients. C'est ce qui fait, pour Foucault par exemple, le statut particulier de l'hôpital, lieu de pédagogie et d'organisation nouvelle du savoir clinique, lieu « où la *série* des malades examinés est, en elle-même, école. »¹⁹⁷² Ainsi, c'est bien *aussi* comme cela que Gérard Jorland et George Weisz comprennent la contribution de Tröhler à leur ouvrage collectif en écrivant qu'il y démontre

1969 Tröhler 2000, pp.59–67, Matthews 1995, pp.20–21. Remarquons ici que l'usage de données chiffrées, à des fins de comparaison nuance la généalogie toute « hospitalo-administrative » qu'en font Hess & Mendelsohn 2010, pp.292 & sq.

1970 On pourra se reporter à Tröhler 2000, pp.69–80.

1971 Tröhler 2000, pp.3–4, les italiques sont de nous. « Lind used his position at the Naval Hospital at Haslar to make observations – mass observation even – particularly to the prevention and treatment of scurvy. However, the use of observations as scientific tool pre-supposed the will – or obligation – to record them and Lind realised early that a given therapy was only effective in certain proportion of cases of any disease. This induced him to design comparative clinical experiments that he analysed numerically. »

1972 Foucault 2003 [1963], chap.5 “la leçon des hôpitaux”, les italiques sont de nous.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

« comment cette arithmétique médicale fut rendu possible d'une part par la pratique de l'inoculation, qui requérait un suivi quantifié comme moyen de répondre à ceux qui s'opposait à cette pratique, et d'autre part le développement de registres hospitaliers, qui constituèrent une nouvelle source de données fiables. »¹⁹⁷³

Opinion que Tröhler exprima lui-même cinq ans auparavant :

« L'élément crucial dans la promotion d'une approche plus statistique de l'évaluation des pratiques médicales (au moins dans les hôpitaux civils) a été la nécessité d'établir un cadre pour compiler un volume intéressant de données pathologiques et cliniques en un temps inférieur à la vie d'un praticien donné. Ceci changea avec le développement des hôpitaux et des dispensaires, qui émergèrent avec la croissance des grandes villes. »¹⁹⁷⁴

La remarque, si elle peut paraître tomber sous le sens, vaut cependant la peine d'être relevée, venant d'un des principaux spécialistes de l'histoire des usages numériques en médecine. Elle indique clairement que le développement hospitalier fut un des moteurs de la numération de la clinique. Or le CGH fut un des acteurs français majeurs de ce développement au début du XIX^e. Il nous semble que compter en médecine à cette époque à Paris c'est en un sens compter avec et pour lui... Il est en outre évident qu'il n'y a pas ici d'effet mécanique à l'origine de la méthode numérique : la collection de données chiffrées sur les cas se fit aussi parce que les administrateurs le demandaient, et fournissaient de la main d'œuvre – estudiantine – à cette fin¹⁹⁷⁵. Non-nécessité que l'on peut constater *a contrario* : il est possible de faire des relevés sur une population importante en médecine de ville, comme l'a rapporté le

1973 Jorland, Weisz & Opinel 2005, p.5 Introduction « Tröhler demonstrates further how this medical arithmetic was made possible on one hand by the practice of inoculation, which required quantified follow-up as a means of responding to those who objected to the practice, and on the other hand by the development of hospital registers, which constituted a new source of reliable data. »

1974 Tröhler 2000, p.12 « The crucial missing element in promoting a more statistical approach to the evaluation of medical practice (at least in civilian life) had been the necessary framework for compiling meaningful amounts of clinical and pathological data in less than the lifetime of an individual practitioner. This changed with the development of hospitals and dispensaries, which emerged with the growth of great towns. »

1975 Comme le sous-entend Tröhler lui-même dans la citation de la page précédente sur Lind, page précédente.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

même U. Tröhler dans *Body Counts* : quand Withering (1741-1799) étudie la digitale dans le traitement des œdèmes, sur 163 cas répertoriés 7 seulement venaient de sa pratique hospitalière, le reste de sa clientèle privée ; ou bien encore John Haygarth (1740-1827) qui publia des articles avec données chiffrées tabulaires sur les rhumatismes aigus (entre autres) à partir de 10549 cas cliniques pris dans sa clientèle privée...¹⁹⁷⁶

3.2.2.2 Comment compter ?

Il apparaît clair à l'examen de la littérature récente que si l'on parle régulièrement de l'hôpital, on s'arrête généralement à sa fonction de collecteur de cas dans l'analyse du rôle qu'il a potentiellement joué dans la pratique de la quantification en médecine. C'est indubitablement le cas au moins dans les travaux majeurs que représentent *Body Count*, l'œuvre de U. Tröhler et de John Rosser Matthews. Et c'est un problème. Les seuls, à notre connaissance, à avoir analysé l'effet structurant des pratiques administratives hospitalières sur les développements numériques de la pensée médicale et de ses outils sont V. Hess et A. Mendelsohn¹⁹⁷⁷.

D'abord, s'il est évident que la pratique privée est moins favorable à l'observation de grands nombres, elle ne rend pas la chose impossible (cf. Haygarth par exemple, page précédente, qui tint des relevés de plusieurs milliers de cas cliniques, la plupart liés à la clientèle privée). Or ces pratiques en médecine de ville sont restées, semble-t-il, exceptionnelles. C'est peut-être qu'elles étaient pratiquement très difficile à mettre en œuvre. C'est peut-être aussi que l'hôpital facilita l'usage des chiffres par d'autres moyens que ceux qu'on lui prête *prima facie*. En l'occurrence, on pourrait par exemple ajouter à la citation précédente d'Ulrich Tröhler le fait

¹⁹⁷⁶ Tröhler 2005, pp.22–23 et 33–34.

¹⁹⁷⁷ Hess & Mendelsohn 2010.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

que si les malades pauvres des hôpitaux sont aisément pris comme des chiffres, ce peut aussi être parce que c'est le propre de l'administration que de considérer chacun de ses administrés comme rigoureusement égal à tout autre. Et que c'est bien sur ce postulat que reposait sa gestion de l'institution et les instruments jugés adéquats à cette gestion, instrument dont on a vu qu'elle partageait l'usage avec les médecins¹⁹⁷⁸. Autrement dit, il semble possible d'avancer que si les médecins quantificateurs se virent conceptuellement faciliter la tâche en appréhendant les malades comme des séries de cas représentables par des nombres, c'est peut-être aussi et surtout parce qu'ils travaillaient dans une institution dont c'était fondamentalement le mode de fonctionnement¹⁹⁷⁹.

Nous l'avons dit, quand on fait l'histoire de la quantification médicale, on en traite soit les aspects liés à la mesure des constantes physiologiques (saturation en O₂ avec Lavoisier, pression sanguine après l'hémodynamomètre de Poiseuille puis le sphygographe de Marey, température après Wunderlich, etc) soit de ceux liés à la nosographie ou l'essai clinique et on rapproche en général médecine et préoccupations étatiques par le truchement de l'hôpital considéré dans sa fonction de gestion des populations, sans jamais s'interroger sur la dynamique propre à ce maillon, sur les procédures et les instruments qui permettent précisément cette communication entre médecine et administration dans le cadre limité qu'est l'institution hospitalière, et qui sert en partie, effectivement, de relais entre médecine et État. C'est ce que nous voudrions entreprendre ici.

1978 cf. section 3.1.2.2.

1979 On a déjà mentionné ce point, et sa signification pour les malades et le développement de la médecine cf. pp.499 & sq.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

En gardant en mémoire la généalogie établie par U. Tröhler,, il n'en reste pas moins que sur la scène française et pour la période qui nous occupe, les deux principaux représentant de la « statistique » médicale sont P. Pinel (dont Ackerknecht dit qu'il « fut le vrai père de la méthode numérique en médecine »)¹⁹⁸⁰ & P.C.A. Louis¹⁹⁸¹. On y reviendra ultérieurement, mais on remarquera que ceux que l'on considère en France comme les premiers numéristes sont précisément ceux-là même qui ont formulé une méthodologie clinique, dont on a vu qu'elle recoupait nombres d'attentes administratives¹⁹⁸². On ne reprendra pas en détail l'ensemble des travaux de ces deux auteurs, analysés ailleurs à de multiples reprises pour P.C.A. Louis¹⁹⁸³, nettement moins pour P. Pinel¹⁹⁸⁴. Voyons en quoi leurs « statistiques » semblent répondre aux logiques médico-administratives hospitalières.

Si Philippe Pinel a exposé en premier lieu ses idées quant à l'usage de séries de cas dans sa première édition de la *Médecine clinique*¹⁹⁸⁵, il les a mis en pratique dès 1800 et les développe surtout dans son *Résultat d'observation et construction des tables pour servir à déterminer le degré de probabilité de la guérison des aliénés*¹⁹⁸⁶. L'objectif clairement affiché est de

1980 Ackerknecht 1986, p.67.

1981 Dont J. Matthews écrit que « bien que son originalité ait été récemment questionnée [il fait ici référence aux travaux de Tröhler], sa portée historique n'est en aucun cas ébranlée » Matthews 1995, p.14 « Even though Louis's (sic) originality has been recently questioned, his great historical significance is in no way undermined. ».

1982 cf. section précédente, 3.1.1 pp.527 & sq.

1983 En sus des ouvrages déjà mentionnés (Matthews 1995 ; Jorland, Weisz & Opinel 2005 ; Tröhler 2000 ; Tröhler 2005) on pourra consulter sur Louis et ses successeurs les articles d'Alfredo Morabia Morabia 1996 ; Morabia 2006. ou Schneckenburger 2009 première partie ; Huth 2006.

1984 Shryock 1961 ne mentionne Pinel qu'en passant, avant de s'attarder sur Louis, Armitage 1983 ; Murphy 1981 voient dans le premier un des précurseurs du second. Les deux travaux de référence sur Pinel, ceux de Jan Goldstein et de Dora Weiner ne consacrent chacun que quatre pages aux « statistiques » du médecin : Goldstein 1997, pp.146–150 ne mentionne que Murphy 1981 comme littérature secondaire sur la question, Weiner 1999, pp.252–257 rien du tout.

1985 Pinel 1804, p.397: « si l'on veut s'en tenir à la marche sévère des faits, il n'y a qu'une route à suivre, c'est de faire précéder un grand nombre d'histoire des malades classifiées avec ordre, d'examiner celles qui procèdent avec plus ou moins de régularité vers une terminaison favorable, avec quelques légers secours qu'on leur donne, ou au moyen d'un régime sagement dirigé ; de considérer celles où la nature paroît entravée dans son cours par la lésion de quelque viscère ou de l'origine des nerfs, et qui terminent plus ou moins promptement d'une manière funeste si on les abandonne à elles-mêmes ; d'opposer enfin les unes aux autres, et de déterminer ainsi les limites réciproques de ce qu'on appelle *action* et *expectation* en médecine. Je n'ai point suivi d'autre plan dans cette matière difficile et compliquée. »

1986 Pinel 1807, cf. Goldstein 1997, pp.146–147.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

déterminer le meilleur traitement : la méthode « très-ancienne » qui « brusque » la maladie par des bains, douche, la réclusion, etc. ou le traitement moral qu'il promet. La visée est strictement thérapeutique, comme il l'explique dans la toute première note où il distingue « deux parties très distinctes » dans la médecine : une qui est « l'histoire exacte des phénomènes des maladies » qui prend exemple sur l'histoire naturelle et est déjà « très avancée » ; l'autre, la thérapeutique, « chancelante sur ses bases » « ne contient des préceptes vagues » parce que dans les traités particuliers sur les maladies « on ne parle que de quelques succès obtenus ». « Dès lors un aveugle empyrisme se trouve au niveau du vrai savoir, et la médecine sous ce rapport ne peut prendre le caractère d'une vraie science que par l'application du calcul des probabilités. »¹⁹⁸⁷ L'aliéniste définit donc sa méthode, gage de sérieux scientifique :

« Une expérience, pour être authentique et concluante, et servir de fondement solide à une méthode quelconque de traitement, doit être faite sur un grand nombre de malades, asservis à des règles générales et dirigés selon un ordre déterminé. Elle doit être établie sur une succession régulière d'observations constatées selon un soin extrême et répétées pendant un certain nombre d'années avec une sorte de conformité. Enfin, elle doit rapporter également les éléments favorables comme ceux qui sont contraires, assigner leurs nombres respectifs, et instruire autant par les uns que par les autres. C'est assez dire qu'elle doit être fondée sur la théorie des probabilités déjà si heureusement appliquée à plusieurs objets de la vie civile, et sur laquelle doivent désormais porter les méthodes de traitement des maladies, si on veut les établir sur un fondement solide. »¹⁹⁸⁸

On reconnaît l'allusion à *L'Essai sur l'application de l'analyse à la probabilité des décisions rendues à la pluralité des voix* de Condorcet, Pinel citant également explicitement *l'Ars conjectandi* de Bernoulli page 172. L'utilisation du terme « statistique » n'est donc pas faite à la légère, d'autant plus que Laplace, Monge, Carnot et Lagrange était présent à la séance où Pinel lu son rapport¹⁹⁸⁹.

1987 Pinel 1807, pp.169–170 note 1.

1988 Pinel 1807, pp.169–170.

1989 D'après les procès-verbaux de la séance, mentionnés par Weiner 1999, p.253.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

Le résultat était présenté sans surprise sous la forme d'un grand tableau¹⁹⁹⁰, préliminaire au rapport :¹⁹⁹¹

TABLE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉES DE LA SALPÊTRIÈRE, DURANT QUATRE ANNÉES MOINS TROIS MOIS.

GENRES de maladies.	Années.	Nombre de malades.	Entrées sans renseig.	Traitées ailleurs.	Filles.	Femmes.	Veuves.	CAUSES		Périodiques.	Guéries.	MORTES		Restées à l'asile.	OBSERVATIONS.
								Physiques.	Morales.			En traitem.	Incubées.		
MANIE avec délire. . . .	X.	117	42	58	47	58	12	19	42	18	64	13	16	24	Le traitement des aliénées fut commencé à la Salpêtrière le 17 germinal an X. A cette époque, l'asile, qui de tout temps avait été regardé comme un dépôt d'aliénées incurables, après des traitements infructueux tentés à l'Hôtel-Dieu, en contenait 517. De ce nombre il en faut distraire 52 qui étoient quelconque espoir de guérison, et qui furent réunies avec celles qu'on envoyoit d'ailleurs pour être traitées. Celles-ci ne sont point portées dans le présent tableau comme appartenant aux années antérieures.
	XI.	124	38	55	49	58	17	34	58	33	73	6	23	22	
	XII.	155	60	57	57	69	29	50	74	45	87	9	31	28	
	XIII.	56	17	44	20	39	12	21	63	14	24	5	7	20	
	1805.	152	58	46	48	64	24	41	48	17	62	8	12	70	
Mélancoïie avec délire sur un seul objet.	X.	24	7	7	15	5	4	2	21	6	14	2	4	4	Sur le nombre total de 444 guéries, on ne comprend point 15 personnes qu'on peut regarder comme telles, mais qui sont infirmes ou folles d'entendement dès l'âge tendre, et qui ont été amenées par le traitement au point de pouvoir travailler sous la direction de quelqu'un qui les surveille.
	XI.	42	16	11	17	17	8	11	34	7	7	2	3	1	
	XII.	54	13	27	21	24	9	16	54	12	34	4	4	12	
	XIII.	14	5	9	9	2	1	4	10	3	10	2	2	2	
	1805.	38	4	19	20	11	5	13	29	1	20	7	3	15	
Mélancoïie avec penchant au suicide.	X.	8	3	3	1	4	1	2	4	1	3	0	1	2	Sur le nombre total de 444 guéries, on ne comprend point 15 personnes qu'on peut regarder comme telles, mais qui sont infirmes ou folles d'entendement dès l'âge tendre, et qui ont été amenées par le traitement au point de pouvoir travailler sous la direction de quelqu'un qui les surveille.
	XI.	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	0	0	1	
	XII.	9	4	4	2	3	2	2	7	2	4	2	2	3	
	XIII.	5	2	2	3	2	2	2	5	4	3	0	0	2	
	1805.	16	1	5	6	8	9	4	13	2	9	3	1	3	
Totaux.	814	271	346	316	342	137	219	464	166	444	54	109	207	

Illustration 39: Table générale des aliénées de la Salpêtrière

Après avoir indiqué comment les aliénées parvenaient à la Salpêtrière, comment on enregistrerait consciencieusement la date de leur arrivée, le diagnostic initial, les changements

1990 cf. section précédente.

1991 Le tableau reproduit ci-dessous est la reproduction qui figure dans Pinel 1809, p.404, identique à celui du rapport de 1807.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

de salle, etc, (§ I : Règles suivies à l'hospice des aliénées de la Salpêtrière pour la tenue des registres et la construction des tables), Pinel identifie quatre formes d'aliénations, qu'il distingue dans la suite du rapport quant aux probabilités de guérison : la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotisme (pp. 175-176). Il se penche ensuite sur les causes des affections mentales. Il en tire – sur la base des registres d'admission – des enseignements premièrement sur le facteur âge (§ III pp.180-182) et deuxièmement sur l'étiologie organique ou morale (§ IV pp.182-185). En ce qui concerne l'âge, la manie, la mélancolie et la « démence accidentelle » il conclut qu'elles frappent en général les femmes entre 20 et 40 ans, la démence (sénile) les sujets sexagénaires ou plus ; et il présente un début de raisonnement statistique en termes de biais d'échantillonnage et de tiers facteur (ou facteur confondant, pour reprendre la terminologie épidémiologique contemporaine) au sujet du facteur matrimonial : si les femmes mariées sont jusqu'à deux fois plus nombreuses que les célibataires à être touchées par la manie ou la mélancolie alors que la proportion s'inverse pour les cas de démence, il refuse de « tirer dans les hospices aucune induction entre ces deux états » (mariage ou célibat) du fait que « certaines tables de mortalités, celles de M. Deparcieux en France, et de M. Vargentin en Suède, ont appris que les femmes mariées vivent en général plus que les célibataires. »¹⁹⁹²

L'étiologie morale ou physique des pathologies mentales ne souffre pour Pinel guère d'incertitude : la première est largement prépondérante dans la manie et encore plus dans la mélancolie, et il va jusqu'à détailler cette étiologie morale en indiquant que certaines causes produisent plutôt certaines pathologies : les chagrins domestiques entraînant plutôt la manie, et la dévotion très exaltée la mélancolie, par exemple (pp.184-185).

Vient enfin l'évaluation de la thérapeutique qui, vu la complexité de « la nature des

1992 Pinel 1807, p.182.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

fonctions cérébrales » dont les dérangements sont « impénétrables », « ne peut être connue à priori et ne peut se déduire que d'une expérience répétée et dirigée avec la plus grande réserve »¹⁹⁹³. Comme on pouvait s'y attendre, il laisse donc la maladie suivre son cours en variant les « moyens curatifs secondaires » dont les « avantages ne peuvent être bien constatés que par de simples relevés des registres faits avec régularité de six en six mois, et long-temps ainsi continués, en rectifiant successivement ou en améliorant tout ce qui peut en paroître susceptible. Une confirmation ultérieure résulte de la construction des tables dressées après un nombre d'années pour reconnoître avec exactitude le nombre respectif des aliénés guéris. »¹⁹⁹⁴ Il en déduit des taux de guérison moyens : 51% pour la manie, 52% pour la mélancolie, 19% pour la démence et 0% pour l'idiotisme ; des durées moyennes de traitement : cinq mois pour la manie, six pour la mélancolie, qui dépendent cependant beaucoup de la rapidité de la prise en charge et de l'étiologie (la mélancolie suite à une déception amoureuse est plus rapidement guérie que celle provoquée par une frayeur), qui serait divisible par deux si on acceptait à la Salpêtrière que des femmes qui n'ont pas été soignées ailleurs auparavant. Ce qui permet à l'aliéniste, par une argumentation pas très thérapeutique et quelque peu spéieuse, d'envisager des taux de guérisons de l'ordre de 93%.

Comment compte Pinel ? Lui qui se réfère à la statistique de Condorcet, de Bernoulli et fréquentait Laplace, se contentait de divisions. Sa statistique, c'est « savoir que la probabilité d'un évènement se mesure par une fraction dont le numérateur est le nombre des cas favorables, et le dénominateur, le nombre de tous les cas possibles, favorables ou contraires. »¹⁹⁹⁵ On peut à bon droit rapprocher cette pratique de l'engouement étatique de la période pour la connaissance chiffrée de la situation du pays :

1993 Pinel 1807, p.186.

1994 Pinel 1807, p.187.

1995 Pinel 1807, p.172.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

« Si l'influence directe qui avait poussé Pinel à s'intéresser aux statistiques était la conception d'une science humaine développée par Condorcet, il subissait en outre une influence politique plus diffuse qui le poussait dans la même direction. La période du Directoire au Consulat, de l'an IV à 1804, fut un « âge d'or » de la collecte de statistiques inspirée par la bureaucratie, au cours duquel des circulaires émanant du Ministère de l'Intérieur appelaient les départements à inventorier à peu près tous les aspects de la vie sociale et économique locale, y compris la situation médicale de la population. »¹⁹⁹⁶

Certes, les explications de la pauvreté des mathématiques médicales du premier XIX^e siècle avancées par John Rosser Matthews sont convaincantes : bien peu de médecins avaient des connaissances mathématiques, et l'unification de la médecine et de la chirurgie a accentué l'importance de la connaissance anatomique, sur laquelle était centrée la clinique.

« Il résulta de cette séparation institutionnelle entre formation mathématique et médicale que la plupart des médecins qui firent appel au « calcul des probabilités » argumentaient simplement, en fait, en faveur de comparaison arithmétiques de valeurs moyennes. L'utilisation de l'expression « calcul des probabilités » servait plutôt une fonction rhétorique, permettant au médecin clinicien de soutenir que ses conclusions avaient validité « scientifique » »¹⁹⁹⁷

L'explication est un peu moins convaincante concernant Pinel, qui fit des études de mathématiques dans sa jeunesse, Dora Weiner le qualifiant même d'« excellent mathématicien » et rappelant que « les premiers écrits de Pinel présentés devant la Société royale des sciences de Montpellier et l'Académie des sciences de Paris traitent de l'application des mathématiques au corps humain »¹⁹⁹⁸. Certes, Pinel n'avait probablement pas la connaissance mathématique d'un Laplace ou d'un Monge. Mais il en maîtrisait suffisamment

1996 Goldstein 1997, pp.149–150 elle cite ensuite les enquêtes du ministre de l'Intérieur François de Neuchâteau, publiées par Chaptal quand il occupa ce poste à son tour.

1997 Matthews 1995, p.13 « As a result of this institutional separation of mathematical and medical training, most physicians who appealed to the "calculus of probabilities" were, in fact, merely arguing in favor of arithmetical comparison of average values. The use of the phrase "calculus of probabilities" served more of a rhetorical function, by permitting the clinical physician to argue that his conclusion possessed "scientific" validity. » Sur les aspects socio-professionnels et le recours aux chiffres pour assoir la scientificité du discours clinique, on se reportera également à La Berge 2005. Il est par exemple bien évident que le fait, pour Pinel, de s'appuyer sur des chiffres pour étayer l'idée que les causes morales sont nettement prépondérantes sert aussi à justifier de sa pratique : l'organicisme se trouve scientifiquement défait, et le traitement moral justifié.

1998 Weiner 1999, pp.36 ; 46–47.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

pour savoir qu'il n'utilisait qu'une infime partie des possibilités du calcul statistique.

Ainsi, si les interprétations proposées par Goldstein et Matthews semblent justes, elles nous paraissent néanmoins insuffisantes. Il est peut-être une influence administrative moins « diffuse » voire encore plus « directe » que celle de Condorcet qui poussa Pinel à s'intéresser à une présentation chiffrée de ses activités médicales.

Avant de proposer un troisième élément d'explication, voyons brièvement¹⁹⁹⁹ en quoi consistait la célèbre « méthode numérique » de P.C.A. Louis.

Nous l'avons déjà dit, Louis insistait beaucoup sur l'exactitude des observations, qui étaient la véritable base de sa « méthode numérique »²⁰⁰⁰. Qu'on nous permette deux citations – issues de deux ouvrages différents publiés à dix ans d'intervalle pour rappeler ce fait :

« l'expérience véritable en médecine, ne peut résulter que de l'analyse exacte de faits nombreux, bien constatés, classés d'après leur ressemblance, comparés avec soin, et comptés. »²⁰⁰¹

On nous pardonnera peut-être d'avoir insisté sur le soin que nous avons mis à recueillir nos observations, et sur la défiance avec laquelle il faut recevoir une partie de celles qu'on publie journallement, si l'on réfléchit que l'édifice de la médecine repose tout entier sur des faits, et que la vérité ne peut sortir que de ceux qui ont été bien et complètement observés. Alors, et seulement alors, on peut voir, dans une suite d'observations, les données d'un problème à plusieurs inconnues dont il faut trouver la valeur : et comme en mathématiques cette valeur ne change pas avec les personnes qui s'occupent de la solution du problème, on doit nécessairement aussi, en médecine, obtenir des résultats identiques de l'analyse des mêmes observations ; seulement, là où un esprit ordinaire ne trouvera qu'un petit nombre de faits généraux, un esprit supérieur en découvrira un grand nombre, parce qu'il aura examiné les faits particuliers sous des aspects plus variés : mais il est inévitable que des observations exactes, étudiées

1999 Il est inutile de revenir ici en détail sur les travaux de Louis, déjà très étudiés, cf. ouvrages cités note 1764.

2000 cf. supra, section 3.2.2.2.

2001 Louis 1835, p.97.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

sous le même point de vue, conduisent à des conclusions identiques ceux qui s'en occupent. Tout n'est donc pas obscurité ou incertitude en médecine, quand on étudie des observations exactes ; mais quels résultats obtenir de la considération de faits douteux , incomplets ou faux ? [...]

Rien de plus simple, mais aussi rien de plus fatigant que cette méthode ; car, que de tableaux, que d'analyses particulières n'exige-t-elle pas ? Et c'est presque uniquement à ce travail, tout mécanique, que nous avons réduit le nôtre sur l'ensemble des faits que nous avons recueillis, persuadé que l'ouvrage le plus utile serait l'analyse la plus fidèle du plus grand nombre possible d'observations exactes sur un objet déterminé. »²⁰⁰²

Un des principaux points d'achoppement sur lequel Louis va devoir argumenter est « l'agrégabilité » des données, c'est-à-dire des diagnostics. Pour pouvoir grouper les cas dans des tableaux, fallait-ils qu'ils soient rigoureusement identiques ? C'est une partie des objections qui lui seront adressées à l'Académie de Médecine à la fin des années 1830, par les cliniciens opposés à la méthode numérique, comme F.J. Double :

« En matière de statistique, c'est à dire dans les divers essais d'appréciation numérique des faits, le premier soin, avant tout, c'est de perdre de vue l'homme pris isolément pour ne le considérer que comme une fraction de l'espèce. Il faut le dépouiller de son individualité pour arriver à l'éliminer de tout ce que cette individualité pourrait introduire d'accidentel dans la question.

En médecine appliquée au contraire, les faits ne présentent leur solution qu'un à un : c'est toujours privativement de la personnalité du malade qu'il s'agit, et finalement ce n'est jamais qu'un seul homme avec toutes ses idiosyncrasies que la médecine doit traiter. Pour nous les masses restent totalement hors de la question. »²⁰⁰³

Louis va, pour y répondre, retourner l'argument en indiquant qu'il n'est pas nécessaire, pour trouver une utilité thérapeutique aux statistiques cliniques, que les patients soient identiques en tous points, à la limite, au contraire. Il suffit qu'ils soient comparable *sous un certain rapport*, à savoir, par exemple, celui de l'effet curatif d'un remède donné. Il explicite parfaitement cette position à de multiples reprises dans son traité de 1835 sur l'effet de la saignée :

2002 Louis 1825, p.xiv-xix.

2003 Double F.J., Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1835, p.173 cité par Schneckenburger 2009, p.90.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

« C'est précisément à cause de l'impossibilité d'apprécier chaque cas avec une exactitude en quelque sorte mathématique, qu'il faut nécessairement compter ; puisque les erreurs, des erreurs inévitables, étant les mêmes pour deux groupes de malades traités par des procédés différens, ces erreurs se compensent, et peuvent être négligées, sans altérer sensiblement l'exactitude des résultats »
 « le calcul employé comme je le fais, n'efface pas les différences ; [...] *il les suppose* ; [...] il se borne à réunir des unités semblables, pour les comparer ensuite à des unités pareilles »²⁰⁰⁴

Et effectivement, les questions que se posent Louis et les instruments qu'il met en place pour y répondre sont très proches de ceux de Pinel : efficacité d'une thérapeutique, taux de guérison/décès, durée moyenne de traitement. Ces données reposant ultimement sur des observations aussi nombreuses et détaillées que possibles, le tout présenté sous une forme tout à fait comparable :

2			3			4			5			6			7			14(r)		
15	2	28	11	2	30	14	2	32	9	1	15	25	1	20	11	2	34	22	1	16
16	3	4	27	2	30	19	2	24	28	2	30	21	1	20	19	2	37			
11	3	50	28	2	25	14	2	27	11	1	20	12	2	30	18	2	38			
			9	1	18	12	2	35							24	1	12			
						13	2	30							21	2	30			
						15	2	24												
14	45	18	23	14	1,2	30	15	1,3	22	19	1,3	23	18	3,5	38	22	16			

Illustration 40: P.C.A. Louis, *recherches sur les effets de la saignée*, p.35. Les chiffres au dessus des colonnes représentent le jour de la première saignée, et ceux de chaque colonne, de gauche à droit, la durée moyenne de la maladie, le nombre de saignées faites, la quantité de sang tiré. Les chiffres soulignés indiquent les patients ayant pris du tartre stibié à haute dose.

Voilà à quoi se résume la « statistique médicale » de P.C.A. Louis. Un tableau dont

2004 Louis 1835, p.76 et 80.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

l'opération mathématique la plus complexe est une division. Pour John Rosser Matthews, alors que Louis « affirmait qu'il était devenu un « maître de l'esprit des sciences mathématique » par l'usage du calcul des probabilités », chez lui aussi, le recours aux statistiques était « principalement un coup rhétorique pour démontrer que le médecin clinicien pouvait employer des méthodes quantitatives ; il ne fit montre d'aucun intérêt pour l'étude des modèles théoriques effectivement développés par ses collègues mathématiciens. » et sa seule prise de position concernant l'échantillonnage consista à dire qu'en cas d'épidémie, un traitement efficace dans 500 cas pouvait être considéré comme un remède digne de foi²⁰⁰⁵.

Il est donc patent que P.C.A. Louis ne fait pas de la statistique, sa méthode numérique ne se pose que peu de questions relatives à l'échantillonnage et surtout ne se préoccupe pas de calculer une marge d'erreur. L'objectif n'est pas une connaissance de type probabiliste telle qu'on la conçoit aujourd'hui dans les essais cliniques randomisés ou l'evidence based medicine, mais bien un nouveau degré de certitude dans un type de savoir qui appartient épistémologiquement à celui du diagnostic clinique tel qu'il se faisait avant lui et tel qu'il continuera à se faire pendant encore près d'une centaine d'année. Louis l'écrit d'ailleurs noir sur blanc :

« Fréteau ne procède pas autrement que ses devanciers ; son point de départ est le même. Comme eux, il fait découler les indications de la saignée, pour chaque maladie, de ses effets généraux qu'il croit avoir constatés. Méthode excellente, s'il s'agissait de faire des *essais* ; mais qui nous ramène aux premiers temps de la thérapeutique ; puisqu'elle ne peut conduire qu'à des probabilités, et non à des résultats certains.
[...]

[L'auteur dit prendre les mouvements de la nature pour guide] S'il

2005 Matthews 1995, pp.19–20 « He maintained that he had made himself “master of the spirit of mathematical science” by using the calculus of probability. Louis’s appeal to the calculus of probability was mainly a rhetorical move to demonstrate that the clinical physician could employ quantitative methods; he showed no interest in studying the theoretical models actually developed by his mathematical colleagues. His only statement on what in present-day parlance would be the issue of sample size or statistical significance was that, in an epidemic, a treatment was effective after it had been tested on 500 patients because “among so large a collection, similarities of condition will necessarily be met with, and all things being equal except the treatment, the conclusion will be rigorous. »

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

signifie quelque chose, c'est sans doute que si des hémorragies, par exemple, ont lieu dans une affection quelconque, par certaines voies, il faut chercher à les faire naître par les mêmes voies, ou les suppléer artificiellement. Mais pour que l'utilité de cette pratique fût, je ne dirai pas démontrée, mais seulement probable ; il faudrait (sic) avoir montré, non par quelques faits, mais par une série de faits assez considérable, que les sujets chez lesquels ces hémorragies ont lieu, guérissent plus vite, ou en plus grand nombre, toutes choses égales d'ailleurs, que ceux qui n'en ont pas eu. Et où se trouve cette démonstration ? En l'admettant d'ailleurs, on n'aurait, comme je viens de le dire, que des probabilités sur l'efficacité de la saignée. Car, qui peut assurer, indépendamment de l'expérience, que l'effet résultant d'une perte de sang par la lancette ou par les sangsues, sera exactement le même que celui qui serait la suite d'une hémorragie spontanée ? »²⁰⁰⁶

Il faudra attendre, pour voir entrer difficilement le raisonnement statistique en médecine, Gavarret et son utilisation de la loi de Poisson²⁰⁰⁷.

En somme, comme le dit R. Schneckenburger, le grand apport des travaux de Louis ce n'est pas tant d'amener à abandonner la saignée que d'avoir permis de montrer qu'elle était loin d'être la panacée pour le traitement de l'ensemble des maladies inflammatoires, comme le pensait Broussais. « La méthode numérique a permis le recueil d'observations mais sans l'outil statistique elle n'a pas pu exploiter ses résultats et a échoué à calculer des moyennes fiables »²⁰⁰⁸, en particulier parce qu'elle n'a pas de moyen d'évaluation de sa marge d'erreur, ni de mesure de dispersion, comme l'indiquaient déjà les critiques que Gavarret formula à l'endroit de Louis.

Si elle n'avait pas d'outil probabiliste et le rejetait même explicitement, qu'est-ce donc que cette médecine dont on crédite Pinel et Louis et leur « méthode numérique » ? Certainement pas une médecine statistique, mais bien une médecine comptable, en ce sens qu'il n'était pas

2006 Louis 1835, pp.95–96.

2007 Huth 2006 et surtout Matthews 1995, chap.3.

2008 Schneckenburger 2009, p.29.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

question pour eux d'établir des degrés de corrélations entre des variables ou des valeurs de celles-ci, d'estimer la part du hasard dans tout résultat ou encore de lutter contre des biais, conscients ou inconscients, qui pourraient fausser ce dernier, toutes choses qui sont au cœur de la statistique. Il s'agissait uniquement d'additionner des données et de les présenter sous forme chiffrée, de la façon la plus exhaustive possible. En deux mots de tenir une comptabilité²⁰⁰⁹. On peut donc, nous semble-t-il, généraliser aux deux cliniciens auxquels on reconnaît la paternité de la statistique médicale française ce que Hess & Mendelsohn disent du second :

« La “méthode numérique” était, en somme, une concordance tabulaire : pas plus, en pratique, un produit de la statistique que de la bureaucratie. [...] Si la pratique de Louis semble quelque peu bureaucratique, c'est qu'elle l'était. La recherche clinique et pathologique en ce qu'elle avait de plus rigoureux, quantitatif et “scientifique” appartient à l'histoire de l'administration et de ses technologies de papier. Ceci, tout autant que le reste, fut ce que l'hôpital fit à la connaissance médicale. »²⁰¹⁰

3.2.2.3 Pourquoi, pour qui compter ?

Si la « méthode numérique » était bien moins une méthode statistique qu'une méthode comptable, on peut expliquer le recours aux chiffres par le vernis scientifique qui s'y attache, et/ou par le climat plus général et la soif étatique de données chiffrées sur la population et la

2009 Sur l'histoire de la statistique, une référence est Krüger, L. J. Daston & Heidelberger 1987, dans laquelle on pourra consulter L. Daston 1987, au sujet de la différence entre comptabilité et statistique, du changement dans l'utilisation d'outils mathématiques dans les pratiques d'entreprise, et l'évolution subséquente de la figure de « l'actuaire » dans la dernière partie du XVIII^e siècle (en particulier les pp.245 & sq.)

2010 Hess & Mendelsohn 2010, pp.299–300 : « The “numerical method” was, in short, tabular tallying: in practice no more a product of statistics than of bureaucracy. [...] In short, if Louis's practice seems somehow bureaucratic, it was. Clinical and pathological research at its most rigorous, quantitative, 'scientific' belongs to the history of administration and its paper technology. That, as much as anything, was what the hospital did to medical knowledge. » On aura compris que les qualificatifs de rigoureux, quantitatif et scientifique sont – au moins partiellement – une reconstruction *a posteriori*, que Hess & Mendelsohn sont loin d'être les seuls à employer, mais qui sert leur argument : Gavaret eu été d'un avis différent.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

situation du pays²⁰¹¹. On a également vu que nombre d'auteurs invoquent l'hôpital comme condition de possibilité du développement de méthodes quantitatives, du fait qu'il concentrerait en un espace et un temps réduit des séries importantes de cas²⁰¹². Ces arguments, pour être tout à fait exacts, nous semblent cependant éclipser un aspect du problème, ou le considérer *a minima*. En l'occurrence, ils nous semblent sous-évaluer les points de rapprochement entre traitement numérique des cas pathologiques et traitement comptable des patients administrés.

Un obstacle majeur à l'application de la statistique médicale est développé par Ian Hacking dans *The taming of chance*, à propos de la conclusion de la commission de l'Académie des sciences, composée de quatre mathématiciens (dont Poisson)²⁰¹³ chargée de rapporter sur la lithotritie²⁰¹⁴ de Civiale en 1835, qui indiquait que l'opération ne devait pas nécessairement être répétée – même si ils ne remettaient pas en cause les talents de Civiale – parce que les faits étaient trop peu nombreux pour être statistiquement évalués, et qu'en médecine on ne pouvait augmenter la taille de l'échantillonnage par égard aux malades : « Du point de vue du raisonnement statistique, nous devons « perdre de vue l'homme, [...] le dépouiller de son individualité ». Les statistiques ne peuvent être appliquées que quand nous avons des classes qui peuvent être considérées comme des « masses infinies » », ce qui est possible mais compliqué parce que l'augmentation de la quantité de données est inutile au cas particulier que l'on veut traiter²⁰¹⁵. Et Hacking de poser la question, en guise de transition avec le chapitre suivant traitant des probabilités dans les jugements judiciaires : « Quelle pourrait être alors

2011 cf. supra, section précédente, citations de J.R. Matthews et J. Goldstein p. 530.

2012 cf. section 3.2.2.1.

2013 Siméon-Denis (1781-1840), celui de la loi mathématique qui porte son nom.

2014 Technique originale d'opération des calculs, concurrente de la lithotomie.

2015 C'est un des arguments clé qui sera développé deux ans plus tard par les opposants à la méthode numérique lors de la controverse devant l'Académie de Médecine. cf. supra citation de F.J. Double p.530.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

l'utilité des statistiques dans la conduite des affaires humaines ? », avant de répondre qu'elle est toute trouvée « Dans l'institution précisément conçue pour dépouiller l'homme de son individualité, à savoir la cour de justice [...] »²⁰¹⁶. Si la liaison est habile, la réplique n'est pas définitive : pour certains, c'était aussi une des fonctions de l'hôpital que de « dépouiller l'homme de son individualité » ...

Pour U. Tröhler par exemple, une raison simple peut expliquer que la médecine militaire comme les nouveaux hôpitaux et dispensaires civils furent des milieux potentiellement favorables à l'application de la quantification : « soldats, marins et pauvres étaient souvent – au XVIII^e siècle – considérés impersonnellement comme des “vies”. Ils pouvaient par conséquent être présentés par des nombres impersonnels et traités selon des protocoles »²⁰¹⁷, par opposition aux officiers et à la clientèle privée qui étaient avant tout perçus comme des cas individuels, idiosyncrasiques, dans une tradition d'inspiration hippocratique. On a déjà dit que le traitement impersonnel et indiscriminé du volume de cas particuliers était une des caractéristiques des administrations²⁰¹⁸. Mais plus spécifiquement encore, dans le cas hospitalier, ce traitement prend tout son sens dans les activités *comptables* de l'administration, dont une des priorités affichées était la maîtrise des dépenses²⁰¹⁹.

Premièrement, et de façon tout à fait frappante, les résultats des investigations

2016 Hacking 1990, p.86 « in statistical reasoning we must 'lose sight of the man [...] strip him of his individuality'. Statistics can be applied only when we have classes that can be regarded as 'infinite masses' »
« How then could there be a use of statistics in human affairs ? In the very institution designed to strip away the individuality of man, namely the court of law. »

2017 Tröhler 2000, p.20 « Another reason that military medicine, as well as the new hospitals and dispensaries in civilian life, were potentially favourable milieux for the application of quantification was that soldiers, sailors and the poor were regarded rather impersonally in the 18th century as 'lives'. They could therefore be presented by impersonal numbers and treated according to standard protocols. »

2018 cf. supra sections 3.1.2.1 Administrer : une pratique ... scripturaire & 3.2.2.2 Comment compter ?

2019 cf. supra section 1.3.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

mathématiques de Pinel comme de P.C.A. Louis se concentrent sur exactement les mêmes points que les résultats présentés par l'administration hospitalière dans ses comptes financiers annuels : taux de mortalité, durée de traitement (durée de séjour, dans les comptes financiers rendues par le CGH). La forme même des résultats est comparable : tableaux à double entrée, rudimentaires. Que l'on compare ceux-ci, comptables, avec ceux de Pinel ou Louis figurant plus haut :

1822.		II ^{me} PARTIE. DÉPENSE.												N ^o . 4.	
HOPITAUX.															
NATURE DES DÉPENSES.	HÔPITAL-DIEU.	SAINT-LOUIS.	VENERIENS.	PITIE.	CHARITÉ.	ST.-ASTOISE.	NOUVE.	COCHIN.	BEAUFON.	ENFANS-MALADES.	MAISON ROYALE DE SANTÉ.	MAISON DE SANTÉ SAINT-JACQUES.	AGGLOM.	TOTAL.	Observations.
	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	
Constructions et réparations.....	41,216 78	42,616 27	21,954 67	46,689 05	42,998 56	14,760 02	16,848 91	5,381 53	10,750 55	19,159 36	6,840 »	1,589 44	12,840 97	281,553 71	
Contributions.....	12 70	»	5 90	2 40	4 10	3 30	1 50	1 40	26 45	3 95	1,470 »	550 50	2 40	1,862 10	
Appointemens.....	71,867 91	34,001 18	52,221 49	17,879 47	52,166 45	18,267 01	7,059 64	8,158 20	11,065 61	28,245 04	18,666 51	3,599 07	25,110 05	328,576 40	
Frais de bureau.....	1,994 02	2,289 96	1,694 55	451 95	792 11	468 85	207 05	259 50	526 60	1,009 45	856 59	275 10	1,590 88	12,026 57	
Viande.....	71,004 98	61,612 17	34,875 46	25,265 01	17,662 40	16,407 14	7,672 96	8,564 09	8,765 56	24,217 60	14,650 65	7,119 05	21,071 82	515,466 67	
Comestibles divers.....	49,691 10	57,680 57	25,799 55	12,755 60	15,656 98	11,954 52	5,991 66	5,545 65	6,032 16	9,479 84	15,115 55	8,510 49	27,668 85	226,412 90	
Combustibles.....	55,162 56	55,564 76	22,757 14	12,598 55	17,657 45	11,456 75	6,799 70	5,554 45	7,207 55	15,668 15	15,511 88	6,992 80	20,160 05	250,521 55	
Habillement et coucher.....	68,385 25	25,694 56	12,696 12	27,582 64	14,868 49	16,542 25	7,536 75	1,109 55	14,701 65	7,585 41	12,576 17	1,248 90	19,429 17	227,094 67	
Bouanderie.....	26,741 82	8,099 86	10,752 05	12,227 21	10,128 94	4,211 05	1,781 47	2,376 29	2,145 01	12,618 95	5,829 20	971 95	11,026 52	108,918 12	
Meubles et ustensiles.....	50,119 81	16,696 06	9,085 59	9,006 46	11,586 27	4,798 48	3,310 71	1,858 90	11,612 50	5,666 85	4,259 70	1,270 65	4,370 »	115,259 76	
Frais d'escrime.....	»	3,066 70	»	2,227 70	1,554 65	571 40	1,482 24	»	»	2,654 55	»	»	»	11,281 04	
Instrumens de chirurgie et Baudages.....	1,502 75	1,951 55	518 75	580 80	877 85	275 20	152 40	22 50	160 »	35 »	548 »	28 »	40 »	6,041 80	
Dépenses diverses.....	6,939 17	9,857 80	10,595 95	2,599 51	4,165 67	4,212 64	2,58 72	1,458 65	2,755 58	2,726 55	5,816 67	2,854 40	10,799 56	65,158 27	
	404,726 86	514,251 24	180,851 82	167,256 95	169,119 68	105,466 49	60,319 49	57,668 29	75,400 60	128,751 24	97,218 52	34,491 15	154,011 05	1,927,675 54	
Frais.....	45,069 99	51,856 11	28,455 22	19,085 14	12,160 60	10,708 44	6,201 87	5,410 67	6,574 65	22,897 15	7,452 50	5,388 99	19,565 60	256,602 86	
Vin.....	76,291 44	59,918 21	11,921 54	24,850 42	15,948 18	15,501 16	5,571 65	8,151 65	8,553 75	16,292 82	12,991 68	5,859 »	22,775 04	285,066 52	
Draps.....	45,774 45	42,666 47	21,554 61	16,819 12	18,999 21	12,992 45	8,459 50	7,890 90	7,456 05	16,477 29	16,518 86	1,629 64	6,886 25	225,749 74	
Dépenses d'administration générale.....	16,554 56	16,446 25	10,540 72	8,229 95	6,045 91	4,888 57	2,219 66	2,082 97	5,181 25	9,189 08	2,351 25	797 67	6,550 46	88,865 46	
	586,897 01	485,092 28	255,501 71	256,219 54	222,262 58	145,467 09	85,611 55	61,204 48	101,146 28	195,587 58	156,512 79	46,166 45	299,568 40	2,760,157 72	

Ces quatre articles de dépenses font partie du tableau n^o. 7.

Illustration 41: Postes de dépenses par établissement pour 1822

Naturellement, il n'est pas question pour nous ici de dire que les médecins cliniciens

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

valorisant les données et raisonnements quantitatifs avaient les mêmes buts que les comptables et administrateurs de l'institution qui formait leur lieu commun de travail. Par contre, nous suggérons certainement qu'ils faisaient *la même chose*. La « méthode numérique » de P.C.A. Louis, la « théorie des probabilités » qui doit fonder la médecine pour Pinel sont, nous l'espérons le montrer dans cette section, homogènes aux instruments et procédures comptables utilisées par l'administration. Ici, la divergence des finalités n'est guère discutable ; tout comme l'est la convergence des moyens, intellectuels et matériels.

On a vu que le tableau clinique était le support indispensable des activités de comptage, qui sont elles-même un moyen pragmatique et rhétorique de présenter une donnée comme objective²⁰²⁰. En reprenant les analyses très éclairantes exposées par V. Hess et d'A. Mendelsohn, en entrant plus dans les détails du fonctionnement et du jeu de ces « technologies de papier » et en les considérant à la lumière des thèses de Theodore Porter dans *Trust in numbers*, on peut dégager un puissant motif à cette homogénéité des instruments numériques employés par médecins et administrateurs et espérer montrer en quoi la médecine numérique répondait tout à la fois aux exigences des premiers et des seconds.

Th. Porter distingue deux sens à la notion d'objectivité : l'observance des règles (ce qu'il appelle l'objectivité « mécanique ») ; et l'atteinte de la vérité²⁰²¹. Dans sa dernière acception l'objectivité était – pour un large pan influent de la médecine de la fin du XVIII^e et du début du XIX^e – un objectif inaccessible voire spécieux, notamment parce que les débats sur l'étiologie et les déterminants des maladies étaient très vifs (entre contagionistes et infectionnistes, mécanistes et vitalistes, tenants de divers nosologies, etc) et parce qu'au-delà,

2020 cf. citation de La Berge sur les tableaux chiffrés comme « value-free facts », note 1761 p.530.

2021 T. M. Porter 1995, p.95.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

un nombre important de médecins avaient une position nominaliste : la vérité de la maladie n'est autre que son nom, qui recouvre une variété de symptômes, qu'il s'agit uniquement de traiter. On en trouvera un bel exemple dans le *Degré de certitude en Médecine* de Cabanis :

« Ainsi, lorsque, non content de connoître une maladie par ce qu'elle offre à nos sens, par ce qui seul la constitue, et sans quoi elle n'existeroit pas, vous demandez encore quelle est sa nature en elle-même, quelle est son essence ; c'est comme si vous demandiez quelle est la nature ou l'essence d'un mot, d'une pure abstraction. Il n'y a donc pas beaucoup de justesse à dire d'un air de triomphe, que les médecins ignorent même la nature de la fièvre, et que sans cesse ils agissent dans des circonstances, ou manient des instruments dont l'essence leur est inconnue. »²⁰²²

Si l'on accepte la dichotomie proposée par Th. Porter, il apparaît logique que les cliniciens parisiens aient alors si lourdement insisté sur le second volet de l'objectivité : être fidèle à des procédures, des règles. Règles dans le relevé des cas, et dans leur agrégation sous forme chiffrée via des collections de tableaux qui furent et sont probablement toujours, de fait, homogènes aux règles administratives et comptables²⁰²³.

Des instruments communs dont une fonction essentielle fut d'une part, un peu plus tard, l'adoption d'un langage commun entre médecins pratiquant des spécialités différentes : « Ces différenciations et spécialisations de papiers bureaucratiques²⁰²⁴ *relièrent* plutôt que séparèrent les champs de plus en plus différenciés de la médecine hospitalière. Les mêmes formulaires étaient utilisés dans le département de médecine interne, le département de chirurgie, le département de gynécologie. Le même formatage générique et pré-imprimé servait de support

2022 Cabanis 1798, p.62.

2023 cf. par exemple les 16 pages que couvrent, dans le code administratif des hôpitaux civils, les instructions pour dresser les sommiers, les budgets et les vérifications de pièces afférentes. Sans parler des 87 pages décrivant les procédures à suivre pour percevoir les recettes et effectuer les paiements, les prérogatives des différents agents chargés de ses opérations, la fréquence et les méthodes de contrôle, et les modèles de documents à utiliser Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, pp.227–330.

2024 Ils font ici référence à la trentaine de formulaires imprimés utilisés à la Charité de Berlin au milieu du XIX^e siècle, couvrant aussi bien le recensement des heures travaillées que le registre des naissances de l'église.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

à des connaissances issues de domaines de savoirs très différents. »²⁰²⁵ Mais aussi d'un langage commun aux médecins et gestionnaires, au XIX^e siècle comme aujourd'hui²⁰²⁶.

À travers les données chiffrées remontant à l'administration depuis les registres et formulaires utilisés dans la clinique et les études proprement quantitatives du type de celles de Pinel et Louis (et ce qu'elles que soient leurs limites et défauts), les deux pouvoirs hospitaliers eurent un moyen d'appréhender sous une forme commune un objet dont ils s'occupaient sous des rapports différents. Et la forme que pris ce langage, fut celui de la comptabilité. Sur ce point, nous reprenons sans réserves les conceptions de Th. Porter pour qui

« les nombres, graphes et formules [sont] d'abord des stratégies de communication. [...] Une très petite proportion seulement des nombres et des expressions quantitatives lâchées à travers le monde aujourd'hui prétendent réifier les lois de la nature, ou même fournir des descriptions complètes et précises du monde extérieur. Elles sont imprimées pour transmettre des résultats dans une forme familière, standardisée, ou pour expliquer comment un travail fut réalisé d'une manière qui puisse être comprise loin de son contexte d'origine. Elles résument commodément une multitude d'évènements et de transactions »

« La quantification est une technologie de la distance. [...] Dépendre de nombres et de manipulations quantitatives minimise le besoin d'une connaissance intime [des objets étudiés] et de confiance personnelle. La quantification est particulièrement adaptée aux communications qui transgressent les limites des localités et communautés. Un discours très discipliné aide à former une connaissance indépendante de la personne particulière qui la produit. »²⁰²⁷

On a explicité en quoi la standardisation des observations requise par une clinique plus

2025 Hess & Mendelsohn 2010, p.300.

2026 Sur les aspects contemporains, voir Berg & Bowker 1997, pp.522–524 & sq.

2027 T. M. Porter 1995, p.viii–ix « My approach here is to regard numbers, graphs, and formulas first of all as strategies of communication. [...] Only a very small proportion of the numbers and quantitative expressions loose in the world today make any pretense of embodying laws of nature, or even of providing complete and accurate descriptions of the external world. They are printed to convey results in a familiar, standardized form, or to explain how a piece of work was done in a way that can be understood far away. They conveniently summarize a multitude of complex events and transactions. »

« Quantification is a technology of distance. [...] reliance on numbers and quantitative manipulations minimizes the need for intimate knowledge and personal trust. Quantification is well suited for communication that goes beyond the boundaries of locality and community. A highly disciplined discourse helps to produce knowledge independent of the particular people who make it. »

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

« scientifique » avait été favorisée par la centralisation de l'administration hospitalière²⁰²⁸. On voit maintenant en quoi la méthode numérique, autre mode de « scientification » de la clinique, fut encouragée par cette même administration. Là encore, il ne faut pas prendre le recours au quantitatif comme un développement immanent à la médecine et à sa recherche d'outils ou de concepts adéquats à ses problématiques, bref comme un moyen nouveau appelé par la logique des choses à fournir une preuve « scientifique » à un nouveau problème « scientifique ». Comme l'écrit Porter, les tests statistiques (devenus inévitable dans la recherche médicale depuis les années 1940, et dont il ne nie évidemment pas l'utilité fondamentale) fonctionnent principalement comme des technologies sociales, et non comme des guides à la pensée personnelle. Ceci rend compte du fait que « les développements des statistiques doivent être compris comme des réponses à des problèmes de confiance qui ont été très aigus dans le contexte de confrontations de disciplines et de divergences réglementaires. Ceci, et non quelque caractère statistique inhérent à la médecine, explique pourquoi les statistiques inférentielles entrèrent en médecine à travers la thérapeutique. »²⁰²⁹

Au-delà, il reconnaît également comme crucial le rôle imputable aux organisations administratives dans le modelage d'un cadre propice à l'élaboration d'un système de mesure pouvant prétendre à une validité générale²⁰³⁰. Plus précisément, « L'imposition par la bureaucratie de standards et de mesures fut indispensable à la métamorphose d'aptitudes locales en connaissance scientifique à validité générale. La science telle que nous la

2028 cf. section 3.1.1.2 Écrire, une pratique transparente et neutre ?

2029 T. M. Porter 1995, pp.208–209 « they work mainly as social technologies, not as guides to private thinking. The advances of statistics must be understood as responses to problems of trust, which have been most acute in the context of regulatory and disciplinary confrontations. This, and not any inherently statistical character of clinical medicine, explains why inferential statistics entered medicine through therapeutics. »

2030 T. M. Porter 1995, p.14 « The construction of measurement systems that could claim general validity was not simply a matter of patience and care, but equally of organisation and discipline. Administrative achievement of this kind lie at the heart of most experimental and observational knowledge. Mathematics and logic were less intractable from this standpoint. »

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

connaissances dépend de l'administration de la nature, une réussite sociale stupéfiante. »²⁰³¹

Naturellement, la mesure est une activité ancestrale, et toute la question est de savoir quelle type de mesure on pratique. « Les scientifiques, des sciences humaines comme des sciences naturelles, ont fondamentalement altéré ces processus sociaux. Ce qu'ils créèrent fut une sorte d'objectivité – une mesure qui aspirait à l'indépendance vis-à-vis des habitudes et connaissances locales. » Et cette altération, ce changement dans le type de mesure ou sa finalité, suppose de « discipliner les gens comme de standardiser les instruments et les procédés »²⁰³².

Or, cette nécessité de la rigueur et de la standardisation dans la comptabilité, il la relie quelque pages plus loin à une forme de « réponse à un monde dans lequel le savoir local était devenu inapproprié. La concentration économique signifiait que les gens ne pouvaient plus regarder leur partenaire commercial dans les yeux. » Ce qui entraîna la majoration de problèmes de confiance dans la sphère comptable, vu l'importance croissante des enjeux économiques. « La manière bureaucratique et légale généralement adoptée pour traiter de ces problèmes est la promulgation de règles », qui sont rendues publiques. Par là, « la comptabilité incarne une éthique du désintéret personnel qui donna un modèle aux sciences. »²⁰³³

En somme, si l'on accepte les analyses de Porter, on peut concevoir que l'administration

2031 T. M. Porter 1995, p.21 « The bureaucratic imposition of uniform standards and measures has been indispensable for the metamorphosis of local skills into generally valid scientific knowledge. Science as we know it depends on the administration of nature, a stunning social achievement. »

2032 T. M. Porter 1995, p.28 « Adequat measure, clearly, means disciplining people as well as standardizing instruments and processes. »

2033 T. M. Porter 1995, pp.97–98 « The drive for rigor and standardization, I argue, arose in response to a world in which local knowledge had become inadequate. Economic concentration meant that people could no longer look their trading partner in the eye. »

« accounting embodies an ethic of self-denial that provides a model for the sciences » Bien que la référence ne soit pas explicite, on pense ici naturellement à la troisième (désintéressement) des quatre normes de la sciences selon Merton (communalisme, universalisme, désintéressement, scepticisme organisé).

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

hospitalière ne fit pas que reprendre une forme de connaissance organisée par la médecine clinique pour en faire un instrument de bonne gestion. Non seulement elle fit son possible pour encourager les pratiques qui lui étaient utiles, mais elle fournit, indirectement, un cadre et des arguments, des dispositions, à la pratique d'une forme particulière de médecine : impersonnelle, sérielle, chiffrée, reposant sur des procédures et des instruments clairement établis, standardisés et largement diffusés ; en deux mots à une médecine scientifique.

Cette généalogie de la quantification médicale, et ses relations étroites avec les procédures comptables n'est pas pure spéculation et rapprochements de formes. Elle a été établie notamment par U. Tröhler : quand les médecins Clifton, Withering et Ferriar voulurent rendre l'empirisme des observations plus scientifiques, « ils s'accordèrent pour dire que si les données étaient incomplètes, et non certifiées, elles ne pourraient servir de caution scientifique. Si possible, les données devaient être comparatives, justes et présentées numériquement, précisément et intelligiblement *comme dans le commerce* ». Un des promoteurs de la méthode, John Millar (1733-1805), médecin du Westminster general dispensary, embaucha un clerc, Thomas Reide qui écrira dans les années 1790 « Il aurait été complètement ridicule [pour le commerçant] de juger des avantages ou désavantages de secteurs commerciaux particuliers sur la base de raisonnements et de conjectures, alors que les résultats peuvent être ramenés à des certitudes en gardant des comptes réguliers, et en établissant la balance à des périodes données. »²⁰³⁴

2034 Tröhler 2005, p.26 les italiques sont de nous « If records were incomplete and uncertified, they could not ground this type of « scientific » assessment. If possible, data had to be comparative, fair and presented numerically, precisely and intelligibly, as in commerce. » « How ridiculous would it appear [for the merchant] to judge of the advantages or disadvantages of particular branches of commerce from reasoning and conjecture, whilst the result can be reduced to certainty by keeping regular accounts, and balancing them at stated periods. »

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

On peut ajouter que les emprunts au monde du commerce vont plus loin que ceux que Tröhler expose. En étudiant l'histoire de la comptabilité, on peut établir un parallèle, dans une certaine mesure, entre la transformation subie par les recueils d'observation clinique pour en faire des tableaux analytiques et les transformations des outils de comptabilité. Tous deux visent à présenter et archiver des faits (morbides ou de économiques) sous forme chiffrée. Tous deux suivent un développement chronologique comparable : le premier instrument de comptabilité est le mémorial, qui, dans sa version la plus simple est un support d'enregistrement détaillé des opérations économiques, au jour le jour, sans analyse particulière et sans classification des opérations. Le style des premiers mémoriaux est un style « descriptif, épistolaire, générateur de perte de temps et d'espace sur le papier, fastidieux à composer et à relire. »²⁰³⁵ Sa forme évoluera pour aboutir dans un premier temps à la comptabilité en partie simple, « caractérisée par la naissance des comptes, ensemble de tableaux comptables cohérents rattachés à un type d'opération ou à une unité d'exploitation » où l'utilisation de colonnes (débit/crédit) permet de faire des analyses²⁰³⁶. On peut rapprocher ces deux citations de Jean-Guy Degos de celles de Pinel sur le style « dégagé de tout déballage d'érudition » convenant à la pratique clinique²⁰³⁷, aux tableaux proposés par Bayle et Clifton²⁰³⁸, et surtout aux feuilles d'observations utilisées par Bichat²⁰³⁹ : les aspects les plus littéraires de l'histoire de cas sont progressivement délaissés pour aboutir à une présentation sous forme de colonnes d'informations qui concerne un patient donné dont on peut analyser l'évolution dans le temps, ou les « opérations » pratiquées dans un service.

2035 Degos 1998, pp.37–38.

2036 Degos 1998, p.40 Les templiers, dont la comptabilité est bien connue, seront parmi les premiers à abandonner les aspects littéraires de l'exercice comptable. L'analogie n'est pas anachronisme, puisque selon Alain Dewerpe c'est seulement « entre 1820 et 1850 que se généralisent la comptabilité à partie double et le balancement des comptes ». cf. Dewerpe 1998, p.43.

2037 cf. supra p.552.

2038 cf. Illustrations 35 p.589, 36 p.591.

2039 cf. Illustrations 32 à 34 p.582.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

Si la quantification fut un moyen de faire valoir l'objectivité de la médecine, et un langage commun avec l'administration en charge du lieu premier de sa production (i.e. l'hôpital), si elle reprit les conventions et les outils de la comptabilité et y trouva au passage des éléments pour nourrir sa propre finalité (désintérêt, procédures strictes, etc), il nous reste à voir quelle fut l'utilité, pour le CGH de la quantité de données chiffrées qu'il pouvait ainsi amasser.

1822. III^{me}. PARTIE. POPULATION. N^o. 20.

MORTALITÉ et Durée du Séjour des Indigens admis dans les Hôpitaux en 1822.

NOMS des ÉTABLISSEMENTS.	MORTALITÉ calculée d'après le nombre des individus existans le 1 ^{er} janvier et de ceux entrés dans l'année, divisé par le nombre des morts.					MORTALITÉ calculée d'après le nombre des individus sortis par guérison ou mort, divisé par le nombre des morts.					DURÉE du séjour calculée d'après le nombre des journées, divisé par le nombre des individus sortis par guérison ou mort.				
	ADULTES.		ENFANS.		TOTAL.	ADULTES.		ENFANS.		TOTAL.	Adultes.		Enfans.		TOTAL.
	Hommes.	Femmes.	Garçons.	Filles.		Hommes.	Femmes.	Garçons.	Filles.		Hommes.	Femmes.	Garçons.	Filles.	
Hôtel-Dieu	1 sur $\frac{11}{1000}$	1 sur $\frac{11}{1000}$	1 sur	1 sur	1 sur $\frac{11}{1000}$	1 sur	1 sur	1 sur	1 sur	1 sur $\frac{11}{1000}$	1 sur	1 sur	1 sur	1 sur	1 sur $\frac{11}{1000}$
Saint-Louis	7 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	6 sur $\frac{11}{1000}$	7 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	6 sur $\frac{11}{1000}$	26 sur $\frac{11}{1000}$	27 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	27 sur $\frac{11}{1000}$
Venerans	141 sur $\frac{11}{1000}$	115 sur $\frac{11}{1000}$	3 sur $\frac{11}{1000}$	4 sur $\frac{11}{1000}$	59 sur $\frac{11}{1000}$	130 sur $\frac{11}{1000}$	95 sur $\frac{11}{1000}$	2 sur $\frac{11}{1000}$	3 sur $\frac{11}{1000}$	33 sur $\frac{11}{1000}$	59 sur $\frac{11}{1000}$	68 sur $\frac{11}{1000}$	128 sur $\frac{11}{1000}$	68 sur $\frac{11}{1000}$	66 sur $\frac{11}{1000}$
Pinel	8 sur $\frac{11}{1000}$	7 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	8 sur $\frac{11}{1000}$	8 sur $\frac{11}{1000}$	6 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	7 sur $\frac{11}{1000}$	24 sur $\frac{11}{1000}$	37 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	29 sur $\frac{11}{1000}$
Charité	6 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	6 sur $\frac{11}{1000}$	6 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	5 sur $\frac{11}{1000}$	27 sur $\frac{11}{1000}$	37 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	30 sur $\frac{11}{1000}$
Saint-Antoine	8 sur $\frac{11}{1000}$	6 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	7 sur $\frac{11}{1000}$	7 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	6 sur $\frac{11}{1000}$	29 sur $\frac{11}{1000}$	35 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	31 sur $\frac{11}{1000}$
Ncker	6 sur $\frac{11}{1000}$	6 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	6 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	5 sur $\frac{11}{1000}$	35 sur $\frac{11}{1000}$	33 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	33 sur $\frac{11}{1000}$
Cochin	8 sur $\frac{11}{1000}$	8 sur $\frac{11}{1000}$	18 sur $\frac{11}{1000}$	20 sur $\frac{11}{1000}$	8 sur $\frac{11}{1000}$	8 sur $\frac{11}{1000}$	7 sur $\frac{11}{1000}$	17 sur $\frac{11}{1000}$	19 sur $\frac{11}{1000}$	8 sur $\frac{11}{1000}$	27 sur $\frac{11}{1000}$	27 sur $\frac{11}{1000}$	15 sur $\frac{11}{1000}$	12 sur $\frac{11}{1000}$	25 sur $\frac{11}{1000}$
Bourgn	7 sur $\frac{11}{1000}$	4 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	6 sur $\frac{11}{1000}$	6 sur $\frac{11}{1000}$	4 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	5 sur $\frac{11}{1000}$	29 sur $\frac{11}{1000}$	42 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	33 sur $\frac{11}{1000}$
Enfance-Malade	"	"	4 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	4 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	4 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	3 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	59 sur $\frac{11}{1000}$	64 sur $\frac{11}{1000}$	61 sur $\frac{11}{1000}$
Maison royale de santé	6 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	5 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	4 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	5 sur $\frac{11}{1000}$	25 sur $\frac{11}{1000}$	25 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	23 sur $\frac{11}{1000}$
Maison de santé Saint-Jacques	105 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	"	115 sur $\frac{11}{1000}$	95 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	"	105 sur $\frac{11}{1000}$	44 sur $\frac{11}{1000}$	59 sur $\frac{11}{1000}$	"	"	44 sur $\frac{11}{1000}$
Amourcœur	"	50 sur $\frac{11}{1000}$	19 sur $\frac{11}{1000}$	28 sur $\frac{11}{1000}$	26 sur $\frac{11}{1000}$	"	18 sur $\frac{11}{1000}$	19 sur $\frac{11}{1000}$	28 sur $\frac{11}{1000}$	25 sur $\frac{11}{1000}$	"	23 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	3 sur $\frac{11}{1000}$	14 sur $\frac{11}{1000}$
TOTAL	8 sur $\frac{11}{1000}$	8 sur $\frac{11}{1000}$	6 sur $\frac{11}{1000}$	6 sur $\frac{11}{1000}$	8 sur $\frac{11}{1000}$	8 sur $\frac{11}{1000}$	7 sur $\frac{11}{1000}$	6 sur $\frac{11}{1000}$	5 sur $\frac{11}{1000}$	7 sur $\frac{11}{1000}$	32 sur $\frac{11}{1000}$	37 sur $\frac{11}{1000}$	35 sur $\frac{11}{1000}$	34 sur $\frac{11}{1000}$	35 sur $\frac{11}{1000}$

Illustration 42: AAP 1M5 : Mortalité et durée de séjour pour l'année 1822

La série des comptes annuels, publiés chaque année par le CGH contient évidemment des données financières (recettes, dépenses) mais aussi des informations sur la population prise en charge (nombre d'entrées, de sorties, nombre moyen de journées de traitement, taux de mortalité notamment)²⁰⁴⁰. Les tableaux de mortalité ressemblent naturellement beaucoup à

2040 La série de ces comptes, lacunaire, est cotée 1M aux AAP.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

ceux de Pinel ou Louis : Ces chiffres sont directement compilés, par les comptables de l'administration, à partir des registres d'entrée et des registres de salle tenus par les personnels administratifs et médicaux, tout comme les tableaux figurant la population hospitalière de l'année :

III^{me}. PARTIE. POPULATION. N^o. 16.

HOPITAUX.

NOMS des ÉTABLISSEMENTS.	MALADES														JOURNÉES																
	EXISTANTS le 1 ^{er} JANVIER 1822.				ENTRÉS pendant l'année.				TOTAL des ENTRÉS pendant l'année.				SORTIS.				MORTS.				ENTRÉS en 21 JOURS de couchés au lit.		DE MALADES.				TOTAL des JOURNÉES de MALADES.		D'EMPLOYES.		TOTAL GÉNÉRAL.
	Adultes.		Enfants.		Adultes.		Enfants.		Adultes.		Enfants.		Adultes.		Enfants.		Hommes.		Femmes.		Adultes.		Enfants.		Secours.		Des morts.				
	Hommes.	Femmes.	Garçons.	Filles.	Hommes.	Femmes.	Garçons.	Filles.	Hommes.	Femmes.	Garçons.	Filles.	Hommes.	Femmes.	Garçons.	Filles.	Hommes.	Femmes.	Garçons.	Filles.	Hommes.	Femmes.	Garçons.	Filles.	Malades.	Secours.	Des morts.				
1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.	1822.				
Bicêtre.....	460	380	"	840	6,055	4,634	"	10,689	5,360	5,807	"	9,076	859	851	"	1,690	763	160,642	150,290	"	290,941	68,515	12,859	379,515							
Saint-Louis.....	440	315	"	755	2,885	1,757	85	4,818	2,791	1,614	68	77	4,660	174	151	15	532	782	164,295	121,811	1,422	1,565	289,041	52,525	8,102	319,668					
Vincennes (hôpital).....	164	216	28	408	1,108	1,653	84	2,885	1,078	1,515	45	68	2,795	9	16	34	25	84	64,540	104,520	10,240	6,352	185,252	22,241	6,565	213,798					
Pitié.....	177	279	"	447	2,294	1,914	"	4,765	2,475	1,738	"	4,301	353	298	"	653	378	68,408	76,252	"	144,660	25,007	2,910	172,557							
Charité.....	100	80	"	180	2,675	817	"	5,520	2,256	680	"	2,916	434	161	"	595	289	74,555	51,686	"	106,221	22,514	9,125	157,660							
Saint-Antoine.....	159	85	"	244	1,681	1,071	"	2,752	1,455	850	"	2,515	218	188	"	406	245	48,986	56,930	"	85,916	15,550	2,984	104,250							
Bordeaux.....	48	59	"	107	575	608	"	1,185	469	498	"	97	103	107	"	210	115	19,168	20,559	"	59,597	9,125	1,825	50,477							
Cochin.....	41	58	3	102	645	650	70	1,441	555	551	67	75	1,240	79	84	4	4	171	109	17,448	17,174	981	1,005	56,608	9,125	2,190	67,923				
Necker.....	77	49	"	126	1,134	555	"	1,689	955	414	"	1,560	161	150	"	291	155	55,055	22,877	"	55,910	9,922	1,908	67,830							
Enfants-Malades.....	"	"	224	185	407	"	1,480	1,151	"	1,130	77	1,007	"	"	559	550	799	402	"	88,570	75,127	161,497	50,000	8,515	202,012						
Maison royale de santé.....	65	55	"	120	1,145	601	"	1,744	934	485	"	1,417	188	122	"	510	117	26,607	14,504	"	40,971	14,924	4,745	60,610							
Maison de santé St-Jacques.....	77	3	"	80	385	27	"	510	284	29	"	515	3	"	"	5	24	12,868	1,151	"	14,919	5,110	"	19,139							
Accouchement.....	"	135	10	7	179	"	2,689	1,218	1,098	4,098	"	2,558	1,157	1,097	"	4,752	"	95	62	59	194	222	"	65,054	4,000	5,647	70,681	30,405	91,086		
	1,208	1,679	297	215	5,987	21,004	16,976	2,057	2,489	45,466	18,407	14,715	2,458	2,064	37,644	2,545	3,181	474	430	5,628	4,121	690,590	610,187	105,015	85,654	1,211,224	306,541	61,558	1,889,525		

RÉSUMÉ.

MALADES.	Existants le 1 ^{er} jour de l'année.....	5,987
	Entrés pendant l'année.....	45,466
	Guéris ou autrement.....	37,644
	Morts.....	5,628
RESTANTS le dernier jour de l'année.....		4,121
TOTAL.....		47,395
TOTAL.....		45,072

Illustration 43: AAP 1M5 : population pour l'année 1822

Ces données avaient deux grands intérêts aux yeux de l'administration. Premièrement, être en mesure de rendre des comptes vis-à-vis de son autorité de tutelle, le ministère de l'Intérieur ; deuxièmement lui donner le principal moyen d'évaluer l'efficacité des décisions prises.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

On a vu que c'est par les questions de gestion et d'administration que le pouvoir central a commencé à mettre le pied dans les questions hospitalières, et à quel point il restait très soucieux de garder un pouvoir de décision en la matière. Il poursuivit dans la même veine au XIX^e siècle, usant du même levier de reddition des comptes. Ceux-ci, aux termes du décret du 2 août 1806, devaient lui-être remis sous une forme standard :

TITRE I^{er}. DES HOSPICES.			
CHAP. 1^{er}. — De la Dette des hospices:			
			<i>Observations.</i>
Arrière exigible, antérieur à l'an			
Actif			
Passif			
Différence	{ en actif		
	{ en passif		
Arrière exigible, postérieur à l'an			
Actif			
Passif			
Différence	{ en actif		
	{ en passif		
Dettes constituées en			
Rentes annuelles	{ foncières		
	{ viagères		
CHAP. 2^e. Des Dépenses annuelles des hospices.			
Hospice de malades	{ Nombre de malades	à	par jour.
	{ Nombre de préposés	à	par jour.
TOTAL par an			
Hospice d'insensés ou des vieillards.	{ Nombre de malades	à	par jour.
	{ Nombre de préposés	à	par jour.
TOTAL par an			
Enfans abandonnés	{ Nombre d'enfans	à	par jour.
	{ Nombre de nourrices	à	par jour.
	{ Nombre de préposés	à	par jour.
TOTAL par an			
<hr/>			
Dépenses totales des hospices			
Revenus totaux des hospices			
<hr/>			
Différence:	{ Excédant		
	{ Déficit		
<hr/> <hr/>			

Décret du 2 août 1806, art. 5.)

Illustration 44: Modèle de budget à rendre auprès du Ministère de l'Intérieur, décret du 2 août 1806, Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.236

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

Le remarquable ici est de constater que c'est moins la structure des comptes des hospices, leurs éventuels excédants ou déficits structurels qui intéresse le pouvoir central qu'une indication de leur efficacité, de leur performance (déjà, pourrait-on dire). À une dépense ventilée par postes, on a préféré inférer les dépenses totales du nombre de personnes prises en charge et du prix de journée individuel.

Le prix de journée comme élément déterminant de décision, on le retrouve naturellement dans la conduite des affaires par le CGH.

Nous avons traité plus haut de l'importance de la maîtrise des dépenses pour le CGH, tout comme des critères économiques (et moraux) ayant présidé à la mise en pratique de la distinction entre hôpitaux et hospices²⁰⁴¹. Aussi nous n'y reviendrons pas.

Comment est calculé ce prix de journée ? Tout simplement en combinant des données strictement financières, telles qu'elles figurent dans l'illustration 41 p.621 et les informations recueillies auprès des personnels administratifs et médicaux à travers les divers registres et cahiers qu'ils avaient pour obligation de remplir²⁰⁴². L'administration trouvait dans ces tableaux comparatifs la mesure de son action²⁰⁴³ : les dépenses mises en rapport avec les chiffres de la population prise en charge lui permettait de déterminer la durée moyenne de séjour, la dépense moyenne par malade et par lit, et surtout le prix moyen de journée, comme

2041 cf. supra sections 1.3 et 2.1.2.

2042 cf. supra section 3.1.

2043 Et à commander avec diligence des commissions pour expliquer les divergences. cf. par exemple arr. CGH 11238 du 13 novembre 1811, AAP 136 FOSS²⁶ F°311 commandant à ses cinq commissaires d'« examiner les causes de la grande différence qui existe dans les prix de journée des hôpitaux Beaujon et Cochin et celui de Necker » et de proposer des solutions pour y remédier.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

l'indique l'exemple suivant. Elle tenait tellement à ces chiffres qu'elle exigeait qu'ils soient d'une précision quasi ridicule, publiant des prix de journées au dixième de millier de franc près.

1822.		IV ^{me} PARTIE. TABLEAUX COMPARATIFS.				N ^o 22.	
TABLEAU du Prix de la journée, de la Dépense moyenne de chaque individu et de chaque lit en 1822.							
ETABLISSEMENTS.	DÉPENSE suivant les Tableaux N ^{os} 4 et 5.		JOURNÉES suivant les Tableaux N ^{os} 16 et 17.		PRIX moyen de la journée. (A)		OBSERVATIONS.
	fr. c.	jours.	fr. c. d.	jours.	fr. c.	d.	
Hôtel-Dieu.....	586,867	290,941	2 01 71	27 ¹¹ / ₁₀₀	54 50	37	756 54
Saint-Louis.....	485,092	289,041	1 67 82	60 ¹¹ / ₁₀₀	101 21	39	612 49
Vendriens.....	233,301	185,250	1 36 75	66 ¹¹ / ₁₀₀	90 81	30	496 67
Pitié.....	236,119	144,640	1 63 51	29 ¹¹ / ₁₀₀	47 85	36	506 51
Charité.....	222,262	106,221	2 09 24	50 ¹¹ / ₁₀₀	65 29	39	763 78
Saint-Antoine.....	145,407	85,016	1 69 31	51 ¹¹ / ₁₀₀	53 45	25	619 "
Necker.....	85,161	59,597	2 10 59	35 ¹¹ / ₁₀₀	79 64	108	770 01
Cochin.....	61,204	36,668	1 67 18	25 ¹¹ / ₁₀₀	45 18	100	612 04
Beaujon.....	101,146	55,010	1 80 09	35 ¹¹ / ₁₀₀	60 02	55	661 08
Enfants-Malades.....	165,587	161,407	1 19 87	61 ¹¹ / ₁₀₀	75 09	49	437 98
Maison royale de santé.....	136,512	40,071	3 52 70	25 ¹¹ / ₁₀₀	78 01	111	1,217 07
Maison de santé Saint-Jacques.....	46,166	14,019	3 29 51	44 ¹¹ / ₁₀₀	146 08	38	1,214 90
Accouchement (a).....	209,568	111,207	1 88 18	14 ¹¹ / ₁₀₀	26 89	505	686 45
	2,760,157	1,561,800	1 76 72	35 ¹¹ / ₁₀₀	62 11	4,379	645 04
Salpêtrière.....	1,276,533	1,770,969	" 72 07	" "	" "	4,852	305 09
Bicêtre.....	748,818	981,274	" 76 08	" "	" "	2,697	377 65
Incurables Hommes.....	180,207	149,057	" 20 05	" "	" "	468	441 83
Incurables Femmes.....	211,160	187,782	" 12 44	" "	" "	515	410 01
Ménages.....	248,643	235,200	" 05 71	" "	" "	844	586 09
La Rochefoucauld.....	75,578	54,875	" 34 08	" "	" "	150	490 59
Orphelins.....	155,064	114,538	" 36 15	" "	" "	515	497 33
Sainte-Périne.....	114,940	61,456	" 87 08	" "	" "	168	684 16
	5,009,656	3,557,914	" 84 58	" "	" "	9,947	568 77
Hôpitaux.....	2,760,157	1,561,800	" 76 72	" "	" "	4,379	645 04
Hospices.....	5,009,656	3,557,914	" 84 58	" "	" "	9,947	568 77
	5,769,794	5,119,714	" 12 69	" "	" "	14,866	411 56

	MONTANT		RESTE, déduction faite des Femmes représentatives.	NOMBRE de journées d'après le Tableau ci-contre.	PRIX de la journée, déduction faite des Femmes représentatives.
	de la Dépense	des Femmes représentatives d'admission.			
	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c. d.
Salpêtrière.....	1,276,533 26	20,791 71	1,255,741 55	1,770,969	" 70 00
Bicêtre.....	748,818 75	15,723 88	733,094 87	981,274	" 74 18
Incurables-Hommes.....	180,207 66	3,911 "	176,296 66	149,057	" 18 31
Incurables-Femmes.....	211,160 25	4,202 "	206,958 25	187,782	" 09 25
Ménages.....	248,643 "	2,587 07	246,055 93	235,200	" 04 61
La Rochefoucauld.....	75,578 55	185 "	75,393 55	54,875	" 33 75
Sainte-Périne.....	114,940 55	162 50	114,777 85	61,456	" 86 82
	2,855,071 78	47,560 16	2,806,411 62	5,443,586	

(a) Pour établir les prix de journées, on a ajouté à la maison d'Accouchement les journées d'élèves sages-femmes, qui s'élèvent à 40,576.

PRIX DE JOURNÉES DES HOSPICES.
Salpêtrière, Bicêtre, Incurables-Hommes, Incurables-Femmes, Ménages, La Rochefoucauld et Sainte-Périne.

Suivant le tableau ci-contre les prix de la journée ont été, dans les Hôpitaux, de 1 fr. 76 c. 72 m.; dans les Hospices de 1 fr. 84 c. 58 m.; et le prix moyen de la journée des Hôpitaux et Hospices réunis de 1 fr. 12 c. 69 m.

Ces prix résultent de la division de toutes les dépenses comprises dans les tableaux N^{os} 4 et 5, par le nombre des journées portées dans les tableaux N^{os} 16 et 17, auxquels on a ajouté les 40,576 journées d'élèves sages-femmes. Celui des Hospices serait beaucoup plus faible si l'on déduisait de leurs dépenses (comme cela devrait être rigoureusement) le montant des sommes payées aux indigens sortis des Hospices avec la pension représentative de leur admission dans ces établissements; en opérant cette déduction, on obtiendrait les résultats suivants:

Illustration 45: AAP 1M5 Prix de journée, année 1822

Un tel degré de précision n'a pas d'intérêt comptable en tant que tel, pour au moins trois raisons. Premièrement, même si le prix de journée moyen pour les hôpitaux est globalement croissant sur la période, il varie de façon assez importante (passant par exemple de 1,79 à 2,11F à l'Hôtel-Dieu de 1830 à 1832, soit une augmentation de 17,88% en deux ans, après une baisse de 3,76% entre 1825 et 1830) rendant superflus des calculs au dix-millième. Deuxièmement, les facteurs déterminant ces variations sont trop nombreux pour que

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

l'administration soit en mesure de les appréhender tous²⁰⁴⁴. Troisièmement, ces facteurs étaient largement hors de son ressort, elle n'avaient donc aucun pouvoir sur eux. Ce niveau de précision ne veut dire qu'une seule chose : le prix de journée était d'une importance capitale pour l'administration parce qu'elle y voyait à la fois un guide objectif à la décision et moyen privilégié d'évaluer précisément son action.

En demandant aux cliniciens de remplir des cahiers, en leur fournissant des tableaux préimprimés, l'administration hospitalière leur donnait des moyens d'exactitude supplémentaires, des guides pour s'approcher au plus près de la « bonne observation ». En prélevant des informations sur ces instruments médicaux et en les injectant dans le circuit comptable avec une obsession confinant à l'absurde pour les données exactes, elle en tirait un guide pour la « bonne gestion » Convergence des moyens et divergence des fins ...

L'intérêt pour les données chiffrées des médecins dont l'administration pouvait faire usage ne faiblit pas avec le temps, bien au contraire. C'est parce « qu'en dehors des tableaux de mortalité que fournissent annuellement nos comptes moraux et qui présentent, sous une forme abstraite, le rapport du nombre des décès à celui des admissions, les hôpitaux de Paris n'ont jamais possédé aucun des éléments indispensables à l'établissement d'une statistique raisonnée et concluante »²⁰⁴⁵ qu'Armand Husson, directeur de l'Assistance Publique, lance en 1861 le service statistique de l'AP. Il y voit un moyen de fournir à ses services en même qu'aux praticiens hospitaliers des données fiables et communément exploitables :

2044 On pourrait invoquer – parmi pléthore d'autres – des raisons tenant aux variations des régimes alimentaires prescrits, de la politique salariale, de l'imposition, des mercuriales, de la fréquentation des établissements, etc.

2045 Husson 1862, pp.247–248 Les statistiques dont la qualité est ici vilipendée sont les statistiques médicales (notamment parce qu'elles ne distinguent pas les services de médecine et de chirurgie), A. Husson ne se plaignant pas de la rigueur de la comptabilité passée.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

« Au lieu de ces chiffres arides que l'Administration elle-même ne savait ni ne pouvait expliquer, les hommes qui font de la pratique de la charité l'objet de leur constante étude, les praticiens que l'intérêt de leur art entraîne dans la voie des investigations, trouveront désormais, les uns et les autres, dans nos comptes annuels, un précis exact de chaque catégorie de maladie, et à côté des calculs de population, des observations relatives à la nature des diverses affections morbides, aussi bien qu'à l'influence qu'exercent sur leur terminaison l'âge, le sexe, la profession, les habitudes alimentaires, en un mot l'hygiène physique et morale des individus confiés à nos soins. »²⁰⁴⁶

Il ne faut pas se laisser abuser par les prétentions novatrices du directeur : aussi perfectibles qu'elles aient été, le CGH publiait déjà des statistiques médicales au sein de ses comptes et, à partir de 1837, il ordonna le recueil des grandes opérations chirurgicales et leurs résultats, comme Husson le mentionne lui-même (p.248). C'est donc plus un approfondissement qu'une novation qu'il met en place, avec les mêmes contraintes et les mêmes effets secondaires, l'exactitude et la régularité des données requérant « une nomenclature sur les maladies que la science peut avoir à combattre dans nos Établissements, c'est-à-dire créer pour tous nos hôpitaux une langue nosocomiale uniforme. »²⁰⁴⁷

Au terme de cette section 3.2 nous espérons avoir montré que la quantification en médecine se développa dans une institution particulière et sous une forme particulière. Parce qu'elle s'est développée non pas dans la mesure des constantes physiologiques mais des taux de succès thérapeutiques, parce qu'elle entretenait des liens plus ou moins étroits avec l'arithmétique politique (à tout le moins le souci du chiffre et de l'état de la population), elle a trouvé dans les séries de cas – que l'hôpital fournissait aisément – une condition *sine qua non*

2046 Husson 1862, p.269.

2047 Langue qui fut établie « sous la direction des praticiens qui ont présidé à l'organisation de la statistique. »
Husson 1862, p.269.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

de sa pratique. Les modalités concrètes de sa mise en œuvre trouvèrent dans le tableau un instrument parfaitement adapté : autre façon de décrire la pathologie et de regrouper ses symptômes, il présentait une solution commode au double problème des conditions minimales d'homogénéité rendant possible l'agrégation des signes cliniques (et donc un discours sur une *maladie* quelque qu'elle fut), en même temps qu'il rendait le praticien quitte d'une de ses obligations vis-à-vis de son employeur : rendre des comptes, des données chiffrées sur la population prise en charge.

Sans ignorer leurs importants antécédents, force est de constater que le débat sur le « comptage » ne devint un savoir constitué en médecine dans l'hexagone que dans la seconde moitié des années 1830, avec les rapports de l'académie des sciences sur la nouvelle méthode de Civiale et la controverse à l'académie de médecine autour de la « méthode numérique » de P.C.A. Louis, généralement présentés avec P. Pinel, comme le père de la quantification clinique en France²⁰⁴⁸. C'est ainsi que le conçoit par exemple Georges Canguilhem, qui distingue cependant les deux auteurs :

« En fait Louis à recours à la statistique dans un esprit différent de celui de Pinel. Il s'agit d'abord de substituer un indice quantitatif à l'estimation personnelle du clinicien, de nombrer la présence ou l'absence de signes bien définis dans l'inspection des malades, de comparer les résultats d'une période avec ceux que d'autres médecins ont établis à d'autres périodes selon les mêmes voies et moyens. En médecine l'expérience ne peut instruire que par la comptabilité des cas. La table ou le tableau destitue la mémoire, l'appréciation,

2048 Pour reprendre la formule de E. H. Ackerknecht citée p.529. Cf. par exemple John Rosser Matthews, pour qui les travaux de Civiale, tout en « bâtissant sur des traditions de recherche qui s'étaient développées au XVIII^e siècle » (il fait ici référence aux travaux de Tröhler) sont par certains autres aspects typiques du second quart du XIX^e, notamment en ce qu'à cette période « plusieurs facteurs avaient convergés pour donner aux preuves quantitatives [...] un haut niveau de reconnaissance culturelle ». Et Matthews de citer, au titre de ces facteurs, les données recueillies sur la population sous l'impulsion des médecins et économistes politiques réformateurs, la clinique hospitalière, etc. « Civiale's work builds on research traditions that had developed in the 18th century while, in other respects, it is very culturally specific to the second quarter of the 19th century. » « By the second quarter of the 19th century, several factors had converged that gave quantitative evidence, like that espoused by Civiale, an increasingly high level of cultural cachet. » Matthews 2001, p.1250.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

l'intuition. »²⁰⁴⁹

Or, si les deux médecins recoururent, l'un comme l'autre, à la dénomination de « statistique », c'est bien plutôt de « comptabilité des cas » dont ils se servaient. L'appel rhétorique aux probabilités une fois reconnu comme tel, en s'appuyant sur les analyses de Theodore Porter, on voit émerger une des raisons qui ont fait l'intérêt de la méthode pour les cliniciens : le recours aux chiffres leur permettait de développer un langage propre en minimisant l'inconvénient des différences temporelles et géographiques, et un langage commun avec l'administration, reprenant les outils, les formats et une partie des méthodes de gestion de l'institution. Les données ainsi produites, chacun en voyait l'utilité : les personnels médicaux pour l'évaluation des résultats de thérapies différenciées, les administrateurs pour produire une série de chiffres visant à évaluer leur action et accessoirement à la justifier auprès de leur autorité de tutelle. C'est uniquement en réutilisant les nombres issus des recueils, registres et tables remplis par les médecins et en les comparant aux informations strictement financières qu'ils furent en mesure de produire des chiffres d'une déraisonnable précision concernant les taux de mortalité et de durée de séjour, mais aussi et surtout de coût par malade ou par lit, et de prix de journée. Administrateurs et médecins partageaient une fois encore un intérêt commun au sein du champ hospitalier. Cette convergence des méthodes et des formes illustre parfaitement cet « ethos » commun à la science – dont une partie de la médecine du temps se réclamait – et au pouvoir administratif. La science comme parangon de « discours vrai » et la bureaucratie comme parangon de mode d'action efficace et juste sont toutes deux grandes productrices de pétitions d'intentions et de discours reconstruits *a posteriori* s'écartant significativement des pratiques effectives qui les constituent. Cependant, il ne faut pas jeter trop vite le bébé rationnel avec l'eau du bain des pratiques : certes, les prescriptions administratives ne furent jamais observées à la lettre, tout comme les réquisits

2049 Canguilhem 1988, p.21.

3.2.2 De la comptabilité et de la méthode numérique (Pinel, Louis)

de la bonne expérience clinique. Cela ne veut pas dire pour autant que la médecine en quête d'objectivité n'ait trouvé de puissants appuis dans cette bureaucratie dont Max Weber soulignait le caractère précisément rationnel. On suivra ici Theodore Porter écrivant que si l'aspect rationnel de la bureaucratie est idéal-typique dans l'analyse wébérienne, et donc pas caractéristique de tous les usages pragmatiquement constatés, « C'est cependant une bonne formulation, parce que c'est la forme de bureaucratie qui a été la plus réceptive à la science, et donc celle qui s'est le plus appliquée à refaire la science à son image »²⁰⁵⁰ En l'occurrence et pour l'objet qui nous occupe, nous espérons avoir montré que science et bureaucratie ont formé des instruments et un langage communs ...

2050 T. M. Porter 1995, p.194.

3.3 Surveiller

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

INDIQUÉE PLUS HAUT²⁰⁵¹, la constance avec laquelle le Conseil Général des Hospices tenta de régler le problème de l'indiscipline récurrente dans ses établissements perdura tout au long de la période, et ce en direction de tous ses administrés, pauvres comme malades. Or si ce leitmotiv de la surveillance paraît univoque dans les hospices, nous espérons montrer dans la section présente qu'il sert plusieurs objectifs concomitants dans les hôpitaux de malades. Un objectif patent d'ordre et de discipline qui a pour effet secondaire de créer des conditions de possibilité pour une médecine hospitalière, de rendre les « malades d'hôpital » tels que le chirurgien Aikin²⁰⁵² les conçoit :

« les sujets les plus propres pour un cours expérimental ; l'inspection assidue des personnes au fait de les gouverner, leur soumission aux ordonnances, leur assujettissement aux règles strictes de la diète et du régime, sont des avantages qu'on ne peut se promettre en un degré égal dans la pratique privée, ni parmi les riches, ni parmi les pauvres. On se procure aisément dans un hôpital un nombre de ces cas [...] en sorte qu'on y trouve une occasion de pouvoir marcher graduellement, et de s'apercevoir de toutes ces variations délicates qui contribuent à rendre un essai sûr et décisif. »²⁰⁵³

3.3.1.1 Surveiller les malades

Nous ne revenons sur ce point que de façon limitée dans la mesure où c'est probablement l'aspect qui a suscité le plus de prises de positions dans l'historiographie de l'hôpital. En témoigne le livre dirigé par Norbert Finzsch et Robert Jütte, *Institutions of confinement : hospitals, asylums, and prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*²⁰⁵⁴, dont le

2051 Voir supra section 1.3.

2052 John Aikin (1747-1822), médecin et chirurgien anglais, qui étudia à Edimbourg et Londres, notamment auprès de William Hunter.

2053 Aikin & Percival 1788, pp.103–104, cité par Chamayou 2008, p.171.

2054 Finzsch & Jütte 1996 notamment par partie 1 : « Hospitals and Asylums ».

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

titre est pour le moins évocateur, et où les auteurs débattent des apports des analyses de Foucault, mais également Weber, Elias ou Oestreich dans la compréhension des structures communes à ces trois institutions (en termes de pouvoir ou de civilisation par exemple, selon le degré d'affinités avec Foucault ou Elias). Cette surveillance, c'est évidemment celle dont Michel Foucault a souligné l'omniprésence et le caractère impersonnel, permanent et pointilleux dans *Surveiller et Punir* :

« les hôpitaux du XVIII^e siècle ont été en particulier de grands laboratoires pour les méthodes scripturaires et documentaires. La tenue des registres, leur spécification, les modes de transcription des uns sur les autres, leur circulation pendant les visites, leur confrontation au cours des réunions régulières des médecins et des administrateurs, la transmission de leurs données à des organismes de centralisation (soit à l'hôpital soit au bureau central des hospices), la comptabilité des maladies, des guérisons, des décès au niveau d'un hôpital, d'une ville et à la limite de la nation toute entière ont fait partie intégrante du processus par lequel les hôpitaux ont été soumis au régime disciplinaire. Parmi les conditions fondamentales d'une bonne « discipline » médicale aux deux sens du mot, il faut mettre les procédés d'écriture qui permettent d'intégrer, mais sans qu'elles s'y perdent, les données individuelles dans des systèmes cumulatifs ; faire en sorte qu'à partir de n'importe quel registre général on puisse retrouver un individu et qu'inversement chaque donnée de l'examen individuel puisse se répercuter dans les calculs d'ensemble. »²⁰⁵⁵

Cependant, il nous faut, dans les lignes qui viennent, bien garder en mémoire les limites et les manquements de la « volonté panoptique » que nous avons pointés précédemment²⁰⁵⁶ : si l'administration participe d'un système disciplinaire et inscrit au premier rang de ses priorités l'ordre à faire régner dans les établissements dont elle a la charge, elle ne saurait être pensée dans des termes strictement équivalents à ceux d'une administration pénitentiaire, et encore

2055 Foucault 1993 [1975], p.223 À noter que la portée de ces méthodes va largement au-delà de la médecine ou de l'hôpital pour l'auteur, qui écrit quelques lignes plus loin (pp. 223-224) : « Importance décisive par conséquent de ces petites techniques de notation, d'enregistrement, d'enregistrement, de constitution de dossiers, de mise en colonnes et en tableaux qui nous sont familières mais qui ont permis le déblocage épistémologique des sciences de l'individu. »

2056 cf. supra section 2.3.2.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

moins comme la réification d'un pouvoir tortionnaire dont la *seule finalité* serait la mise à disposition de la médecine de « corps vils »²⁰⁵⁷. Premièrement parce que les finalités et le rôle de l'administration quant à la gestion des corps est autre et secondement parce que, comme nous l'avons écrit plus haut, le succès de la « remise en ordre » fut plus que limité.

Nous avons déjà souligné comment le passage de l'hôpital comme lieu d'asile à l'hôpital comme lieu de soin supposait une réorganisation de ses activités et de ses objets (populations cibles). Pour ce qui nous occupe ici, les analyses de Foucault, développées par Anne Thalamy dans *Les machines à guérir*, nous semblent exactes. Comme elle l'écrit, cette transformation de l'hospitalisé de pauvre en malade s'inscrit dans deux dimensions : « celui d'une nouvelle distribution de l'espace ; celui d'une réglementation du fonctionnement hospitalier profondément insérée dans l'écriture et permettant une observation, puis une surveillance continue du malade. [...] Ces règles écrites, sous-jacentes à toute la pratique médicale », elle les conçoit comme un « véritable code disciplinaire du fonctionnement de l'hôpital. »²⁰⁵⁸

En reprenant l'étude qu'elle en fait – qui nous semble toujours pertinente dans les grandes lignes – et à la lumière des commentaires de Tenon ou Howard²⁰⁵⁹, il est aisé de soutenir qu'au XVIII^e siècle les hôpitaux en général, et les plus grands en particulier, sont à tout le moins perçus comme d'immenses capharnaüms, rendant impossible toute observation fiable, générant erreurs et dysfonctionnements thérapeutiques, ... L'Hôtel-Dieu est une cible de choix sous ce rapport, et le cadre d'une pensée qui va mettre en lumière la nécessité fondamentale d'un ordre hospitalier.

2057 Les italiques sont ici importantes. En effet, selon nous, c'est bien une des fonctions qu'a, *de facto*, rempli l'hôpital, mais dire cela n'est pas dire que c'était là l'objectif premier des structures qui en avaient la charge, et encore moins que c'était là sa fonction *de jure*.

2058 Thalamy 1979, p.31.

2059 Tenon 1788 ; Howard 1788a ; Howard 1788b.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

Dès le milieu du XVIII^e siècle, sous l'influence du modèle militaire, les règlements hospitaliers font florès. Chose intéressante, pour Thalamy « Tous visent l'établissement d'un ordre, qui avant même de se définir comme "clinique" [...], s'énonce de façon beaucoup plus générale. »²⁰⁶⁰. Étape nécessaire, cette surveillance préliminaire est indissociable de l'ordonnancement thérapeutique ultérieur de l'espace hospitalier. « Une fois élaboré en espace exclusif de soins, l'hôpital verra s'effacer d'elle-même cette surveillance extra-médicale. Les pratiques d'observation, d'analyse et de contrôle de la maladie l'auront progressivement remplacée. »²⁰⁶¹

Anne Thalamy indique elle-même très bien le rôle du Conseil Général des Hospices en la matière : alors qu'avant 1801 « chaque étape du long circuit effectué par tous les malades de la porte de leur lit (examen, réception, dépôt de vêtements, étiquetage, etc) donnait lieu à une sanction écrite *encore partielle* », le CGH va s'efforcer de systématiser cette « identification immuable des individus pour mieux les soigner »²⁰⁶².

Bien que le soin apporté à la maximisation de la surveillance des internés soit le plus flagrant en ce qui concerne les invalides des hospices²⁰⁶³, il reste un souci constant dans les hôpitaux, et est le plus manifestement affiché dans les règlements d'admission des différents établissements du ressort du CGH.

Première étape du parcours à travers l'institution hospitalière, l'admission est effectivement

2060 Thalamy 1979, p.32.

2061 Thalamy 1979, p.33.

2062 Thalamy 1979, p.35 Les italiques sont de nous.

2063 cf. par ex. le Règlement particulier de Bicêtre, arr. CGH du 30 fructidor an X (17 septembre 1802), figurant dans Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1818, art. 31 à 34 sur l'obligation de travail, 35 à 42 sur les autorisations de sortie, interdictions diverses (animaux, ivresse, jeux d'argent, trouble à l'ordre) et 49 (peines encourues).

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

le moment du relevé des informations qui doivent permettre, par la suite, aux personnels médicaux et administratifs de suivre chaque individu pour la durée de son séjour.

La procédure prévue est la suivante : selon qu'ils aient été admis par le Bureau Central d'Admission ou directement par l'établissement (dans le cadre d'une procédure d'urgence ou non), les malades doivent se présenter aux officiers de santé préposés à la visite des malades, dans un local prévu à cet effet et disposant d'une salle de visite, d'un bureau d'enregistrement et d'un dépôt de vêtements. Un ou plusieurs officiers de santé doivent s'y trouver en permanence, étant seuls habilités à prononcer les admissions définitives. Une fois ceci fait, ils doivent donner au malade un billet contenant son nom, sa pathologie et sa salle de destination. Le malade est alors conduit au bureau d'enregistrement, où sont inscrits les renseignements permettant de l'identifier, ainsi que de sa maladie et salle d'affectation. Après l'avoir débarrassé de ses vêtements et vêtu d'une robe uniforme, un « bulletin de réception est ensuite attaché au bras du malade, roulé et enveloppé dans une bande de parchemin »²⁰⁶⁴.

La surveillance ne s'arrête pas aux procédures de suivi des individus, même si c'est probablement là qu'elle trouve sa dimension la plus puissante. Elle se manifeste également dans les règles quotidiennes à respecter lors de leur passage dans l'institution. Les règlements intérieurs qu'il nous a été possible de retrouver sont ceux de Beaujon, Saint-Antoine, et Cochin, ainsi que celui de la Maternité²⁰⁶⁵. Ceux des trois premiers hôpitaux, édictés en 1801 (16 ventôse an X pour le premier²⁰⁶⁶, 24 germinal an X pour les second et troisième²⁰⁶⁷, soit le

2064 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802a, p.10 art. 29-31.

2065 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802d.

2066 Règlement particulier pour l'hôpital Beaujon, in Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1818 Tome II.

2067 Arr. CGH 634 du 24 germinal an X, AAP 136 FOSS² F°342-345 & 346-347 : Règlement particulier pour l'hôpital Saint-Antoine et Cochin.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

7 mars et le 14 avril 1802) sont identiques, aux dispositions concernant le nombre de lits près. Plusieurs aspects disciplinaires en ressortent.

Premièrement, les patients ne doivent pouvoir se déplacer à leur guise, ni communiquer avec l'extérieur. Ils ne peuvent sortir de l'établissement (art.5), excepté pour les convalescents en fin de leur séjour, et uniquement sur permission médicale *et* administrative (art. 5 : « Il n'est accordé ni aux malades ni aux blessés aucune permission de sortir ; cette permission est accordée aux convalescents dans les trois derniers jours de la convalescence ; elle est donnée par l'officier de santé, visée par l'agent de surveillance. ») La promenade au grand air, pourtant considérée comme partie intégrante de la thérapeutique, est strictement limitée (art. 9 : « Les malades convalescents blessés ne se promèneront point dans la cour, mais seulement dans les parties du jardin qui leur sont destinées. »). Enfin, les communications avec le monde extérieur sont abolies autant que faire se peut (art. 10 : « L'agent de surveillance prend les mesures nécessaires pour qu'on ne puisse pas communiquer des parties destinées aux promenoirs dans le surplus du jardin » ; & art. 12 « À dix heures la porte extérieure de l'hôpital est fermée, et les clefs sont portées à l'agent. »)²⁰⁶⁸

Deuxièmement, l'autre versant des moyens curatifs, le régime, doit pouvoir développer tout ses effets sans interférences. L'administrateur Camus, dans son rapport de l'an XI, en fait même la principale règle de police pour le soin des malades : « La principale règle générale de police relative au soin et à la conservation des malades, [...] c'est la défense d'apporter aux malades des boissons et des aliments. [...] La diète est la partie, peut-être, la plus essentielle des prescriptions des médecins. Comment atteindre l'effet des remèdes, lorsque leurs

2068 Le règlement de la Maternité porte des dispositions similaires : art. VIII : aucune personne ne peut découcher (malade comme employés logés) ; art. XIV les portes des deux sections (accouchement & allaitement) sont fermées, sauf réception par le portier, à 21h en hiver, 22h en été. Ouverture à 5h en été, 6h en hiver.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

opérations sont troublées par des boissons ou des aliments pris à contre-tems ? Comment éviter les rechûtes, lorsqu'on s'expose à des indigestions ? »²⁰⁶⁹ On a vu les obligations qui incombaient au personnel médical en la matière (responsabilité des repas, etc)²⁰⁷⁰. La surveillance s'exerce donc sur les denrées que l'on pourrait vouloir introduire dans les bâtiments (selon l'art.6 « Il est défendu d'apporter du dehors aux malades aucun aliment ou boisson ») et l'administration prendra très au sérieux cette nécessité. En 1816, Pastoret se plaint que « des parens ou amis, entraînés par une complaisance impudente, apportent quelques fois aux malades des aliments toujours inutiles, souvent dangereux. » Pour y obvier « De grandes précautions sont prises [...]. On va jusqu'à fouiller les personnes qui se présentent, quand elles sont inconnues. »²⁰⁷¹

Troisièmement, les flux de personnes tierces (i.e. ni employés ni malades) doivent être drastiquement réduits, essentiellement pour des raisons d'ordre, mais pas uniquement. Naturellement, ceci est cohérent avec les efforts d'organisation et de rationalisation inter-établissement susmentionnés²⁰⁷², et on peut le concevoir comme une déclinaison intra-établissement. Premier procédé employé, le filtrage à l'entrée et la limitation des visites. Rappelons²⁰⁷³ que dès le 30 fructidor an X (17 septembre 1802) le CGH ressuscite des dispositions d'Ancien Régime à la Salpêtrière proscrivant l'entrée de toute personne étrangère, pour éviter les vols et maintenir « l'ordre, [...] la conservation des mœurs et [...] la régularité du service. » Les visites ne peuvent plus alors se faire que sur autorisation de l'agent de surveillance et qu'aux parloirs. Pour les malades qui ne peuvent s'y rendre, la solution – quelque peu policière – est toute trouvée, « Une fille préposée accompagnera le visiteur

2069 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.32.

2070 Voir supra pp.429 & sq.

2071 Pastoret 1816, p.246 ce qui n'empêche pas « l'adresse de ceux qui veulent cacher ce qu'ils apportent, [de] triomphe[r] quelquefois de la surveillance exercée »

2072 Voir sections 2.2 et 1.3.1.

2073 cf.supra section 1.3.1.3.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

jusqu'à l'indigente malade. »²⁰⁷⁴ L'esprit est identique à la Maternité, où les étrangers ne sont pas admis sans permission écrite de l'Agent de surveillance ou accompagnée d'une personne par lui commissionnée (titre VI, art. IX)²⁰⁷⁵. Quant aux hôpitaux Saint-Antoine, Cochin et Beaujon, les heures de visite sont bornées à deux par jour. Surtout, dans ces derniers, aux termes de l'art. 8 de leurs règlements, « Tout malade ou convalescent hors de son lit doit être revêtu de la robe de l'hospice ; il ne peut la quitter dans quelque lieu de l'hospice que ce soit. L'agent doit faire sortir de l'hospice tout individu qu'il rencontre dans les salles ou ailleurs non revêtu de la robe de la maison. ». C'est sans nul doute la disposition qui fait le plus penser au système carcéral, le fameux « uniforme », alors que ces mêmes administrateurs n'auront de cesse de brandir leur indignation face à la confusion, à Bicêtre, entre indigents et criminels du fait de la présence de la maison de force dans les murs²⁰⁷⁶. Quinze ans plus tard, les motifs n'ont pas changé. La police des visites s'explique certes par la lutte contre les désordres et les perturbations des régimes (« les salles en sont plus tranquilles, les malades moins fatigués ; l'introduction des alimens est plus facile à surveiller, le maintien de l'ordre plus assuré. » dit Pastoret de la restriction des visites)²⁰⁷⁷, mais pas uniquement, comme nous le mentionnions

2074 Arr. CGH n°1006 du 30 fructidor an X, AAP 136 FOSS³, F°297-300 La proposition initiale fait bien apparaître le composé de surveillance quasi policière, de sollicitude paternaliste, et de nostalgie qui guidaient nombre de décisions de ce type. On y apprend que sous l'Ancien Régime toute personne étrangère était interdite : les personnes extérieures étaient amenées au parloir, ou escortées jusqu'aux indigents malades. Il n'était pas possible de parler aux internés en privé ce qui avait pour avantage majeur de rendre impossible de leur faire signer des actes contraires « aux lois et à leurs intérêts ». « Les motifs les plus puissants avaient déterminé ces précautions. On évitait ainsi la dilapidation des vivres, du linge et d'une multitude d'effets de la maison, dont on avait reconnu qu'ils se faisaient un commerce coupable et clandestin. Cette précaution était encore nécessaire au maintien de l'ordre, à la conservation des mœurs et à la régularité du service. La Révolution avait apporté dans ces usages les changements les plus funestes. » Après 1789 ? Un désordre innommable : des étrangers vivaient aux dépens de la maison et « s'y livr[aient] à des orgies scandaleuses ». Il faut donc limiter les admissions, mais ne pas présenter l'image « des maisons de force et de réclusion », alors que parfois les « intérêts de famille » ou « les affections sociales », amènent auprès des indigents des personnes qui leurs sont attachées.

2075 « Nul étranger à la maison de l'accouchement, ne pourra passer la porte qui introduit dans le corps de logis destiné aux femmes enceintes et en couche, s'il n'est porteur d'un billet portant permission de l'agent de surveillance » Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802d, p.42.

2076 Commission Administrative n.d., p.19 « le voisinage [des prisons et cachots] humilie, contriste l'indigent honnête, forcé de partager, en quelque sorte, la demeure d'hommes flétris par la loi ». L'argument revient régulièrement jusqu'en 1836, date de la fermeture de la prison. cf. Delamare & Delamare-Riche 1990, p.94 et le chap. 4 plus généralement sur « Les prisons de Bicêtre ».

2077 Pastoret 1816, p.246.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

au début de ce paragraphe. Le souci d'économie n'y est pas complètement étranger. Repérer et exclure les intrus, c'est limiter les risques de vols et d'entretenir aux frais de l'administration nombre de « pique-assiette » : l'art. 8 du règlement de Beaujon stipule que « L'agent est personnellement responsable de la dépense qu'occasionnerait les personnes qui, ne devant pas être dans la maison, y logeraient ou y seraient nourries. » ...

Les malades alités sont sans cesse sous le contrôle du personnel, qu'il soit dénommé « surveillants », « infirmière » ou « filles de service ». Leur raison d'être est tout à la fois de fournir des soins à tout moment et de rapporter et sanctionner les comportements jugés inappropriés. Les malades ne doivent en aucun cas se trouver un moment échapper au regard de l'administration : « Pendant les repas une des infirmières ou fille de service reste dans les salles des hommes qu'elle parcourt successivement ; une autre reste dans les salles des femmes et les parcourt également. »²⁰⁷⁸. La nuit, les « veilleuses » prendront le relais ...

Les contrevenants s'exposent à des peines visiblement bien moins sévères que sous l'Ancien-Régime (ce qui chagrine visiblement les administrateurs)²⁰⁷⁹, mais réelles néanmoins²⁰⁸⁰. Cela va de la privation de vin (un moyen de coercition des plus utilisés), à la mise au séquestre dans les salles communes, jusqu'à l'éventuel renvoi pur et simple, si les conditions de santé du contrevenant le permettent²⁰⁸¹.

2078 Art. 19 du règlement de Beaujon, 17 de celui de Cochin & Saint-Antoine.

2079 Ainsi Pastoret : « Les ressorts de la police intérieure étoient bien plus tendus autrefois qu'il ne le sont aujourd'hui. La révolution a encore attaqué là le pouvoir qui y existoit ; elle y rendit l'insubordination plus commune et l'ordre plus difficile à établir, en protégeant la résistance et frappant l'autorité. La sagesse prévoyante de nos pères avoit peut-être trop étendu le droit qu'elle accordoit de punir [...] mais l'excès contraire est bien plus funeste dans une maison où tant de personnes sont réunies, des personnes qui souffrent, des personnes à qui la pauvreté même a pu faire contracter des habitudes morales qu'il est nécessaire de réprimer. » Mais que l'on se rassure, « Insensiblement, on a retrouvé l'usage de quelques moyens de punir. » Pastoret 1816, p.247.

2080 cf. par ex. Sophie Pougin, hospitalisée à l'Hôtel-Dieu, dont le médecin Husson demande en juin 1829 le renvoi pour « inexécution des prescriptions », ce qui la priverait des secours de la fondation Montyon. AAP, registre de correspondance L1, Hôtel-Dieu, 18 juin 1829.

2081 Par ex. Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802d, p.47, les officiers de santé, les sages-femmes et l'agent de surveillance étant les seuls habilités à imposer ses sanctions.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

Limitation et contrôle des flux de populations, identification la plus précise possible et suivi des mouvements de chacun des malades dans les établissements, expulsion des tiers, « marquage » des individus par l'uniforme, présence perpétuelle de personnels d'encadrement, etc. L'hôpital est bien un lieu où l'administration veut pouvoir surveiller le plus précisément possible ses administrés, moralité et économie obligent.

Castel l'a écrit pour le cadre particulier de la médecine de l'esprit – dont les fondements épistémologiques et les pratiques cliniques sont différents de celle de l'anatomo-clinique qui nous occupe principalement ici – l'institution comme lieu et comme temps de vie des malades est en elle-même une, voire *la* thérapeutique. La surveillance, l'ordre régulier des tâches et des soins y jouent un rôle crucial :

« Si c'est moins la qualité du délire qui importe que ce qu'il trahit comme manque, l'action continue des disciplines générales, horaires fixes, travaux minutés, divertissements réglés, peut remplacer sans trop de dommage le face-à-face thérapeutique. On ne s'étonnera donc pas s'il est fort peu question de la folie « en elle-même » dans toute cette littérature psychiatrique. Nul souci d'explorer pour elle-même la subjectivité malade, aucune interrogation sur la légitimité du monopole qu'exerce la raison sur la folie, pas le moindre scrupule à imposer une relation unilatérale de pouvoir sur le patient. Seul l'appareil compte, car seul l'appareil – et le médecin n'est que la clef de voute de cette machine – vaut comme structure objective rationnelle pour annuler un désordre qui n'est que manque à être. »²⁰⁸²

Mutatis mutandis, parce que Castel semble surévaluer les originalités de l'institution psychiatrique et en gardant en mémoire la formule qui voudrait que les hôpitaux, ou les salles, soit en tant que tels des « machines à guérir les malades »²⁰⁸³ il nous semble que l'hôpital du

2082 Castel 1976, p.124.

2083 Pour Foucault l'attribuant à J. Tenon (Foucault, Thalamy, Kriegel, et al. 1979 [1976], p.5) ce sont les hôpitaux, pour Cheminade citant le *Précis d'un ouvrage sur les hôpitaux* de J.B. Leroy paru en 1789 (Cheminade 1993, p.89) ce sont les salles. De toute évidence, la métaphore vaut quelque soit l'échelle considérée.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

premier tiers du XIXe siècle répond assez bien à cette description. En poussant quelque peu l'argument, on pourrait d'ailleurs écrire que si le « manque à être » de l'aliéné est le défaut de l'usage de sa raison, celui du malade, sous le rapport hospitalier, est celui de la moralité et surtout de la pleine réalisation des potentialités de sa capacité de travail ...

En ce sens, pour les classes populaires recourant à l'hôpital dans le premier tiers du XIX^e siècle, les paroles véhémentes de Proudhon faisant suite à sa critique sarcastique des propos de Dupin (très vraisemblablement André-Marie Jean Jacques, qui fut membre du CGH de 1832 à 1848) valent pour le principe les relations de l'administration hospitalière à ses administrés :

« Être GOUVERNÉ, c'est être gardé à vue, inspecté, espionné, dirigé, légiféré, règlementé, parqué, endoctriné, prêché, contrôlé, estimé, apprécié, censuré, commandé, par des êtres qui n'ont ni le titre, ni la science, ni la vertu... Être GOUVERNÉ, c'est être, à chaque opération, à chaque transaction, à chaque mouvement, noté, enregistré, recensé, tarifé, timbré, toisé, coté, cotisé, patenté, licencié, autorisé, apostillé, admonesté, empêché, réformé, redressé, corrigé. »²⁰⁸⁴

De même que l'administration s'était servie du personnel médical et de ses outils pour extraire des informations sur les internés, elle va le mettre à contribution pour exercer ce contrôle qu'elle voudrait permanent. Conformément à l'usage antérieur, les horaires des visites sont précisément codifiés, dès le premier règlement du service de santé²⁰⁸⁵. Tout comme il avait essayé – jusque dans les années 1830 – avec une certaine pugnacité de contraindre les élèves à appliquer à la lettre les règlements dans la tenue des différents registres, on peut voir tout au long de la période le CGH prendre des décisions pour rappeler aux carabins et à certains médecins leurs obligations de rigueur et de ponctualité dans les visites. Aux bornes

2084 Proudhon 1851, p.341.

2085 cf. note 1759 p.529 : 6 ou 7h, et 4 ou 8h.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

chronologiques ici choisies, on mentionnera cet arrêté de l'an IX ordonnant au médecin de l'hospice du Roule « de faire ses visites avec plus d'exactitude »²⁰⁸⁶. Vingt ans plus tard, les contrôles mis en place semblent n'être pas que de pure forme : après un rapport de la Commission administrative et du Conseil indiquant des manquements à l'hôpital Beaujon, le chirurgien de l'établissement se voit redire les heures de visites, la référence restant le règlement du 4 ventôse an X²⁰⁸⁷. Nous avons déjà évoqué les obligations et sanctions qui pesaient sur les élèves externes et internes, en termes de recueil des données dans les feuilles et cahiers de visite tout autant que d'assiduités aux visites²⁰⁸⁸. On n'y reviendra donc pas, si ce n'est pour ajouter que parmi les premières mesures prises figure un arrêté imposant des moyens de contrôle aux étudiants proches de ceux des médecins, à savoir un tableau affiché publiquement et indiquant les tours de visites des impétrants médecins²⁰⁸⁹. Les peines prévues sont sévères (et, il semble, peu appliquées) : au premier manquement, c'est la suspension et la privation de traitement pendant un mois, au second, la destitution pure et simple.

À toutes fins utiles, on peut faire remarquer que l'exigence de ponctualité aux visites n'est pas appréhendée sur un mode seulement négatif ou inutilement formaliste. C'est aussi un moyen pour les étudiants de s'assurer qu'ils pourront y assister : Antonio Greco par exemple, dans le récit qu'il fait de son voyage médical à travers l'Europe, semble plutôt se plaindre de ce que la visite dans les hôpitaux londoniens n'aie pas la rigueur (pour ne pas dire la rigidité) de celle des hôpitaux parisiens²⁰⁹⁰ : « Les visites [dans les hôpitaux de Londres] ne se font pas avec ce soin et cette exactitude qu'on admire en France ; elles ont lieu à midi, trois ou quatre fois seulement par semaine. »

2086 Arr. CGH n°154 du 16 messidor an IX (5 juillet 1801) « relatif à l'ordre donné au cit. Dupont, médecin de l'hospice du Roule, de faire ses visites avec exactitude ». 136 FOSS¹ F°234 .

2087 Arr. CGH du 31 décembre 1823, 136 FOSS^{B4} F°604

2088 cf. supra section 3.1.2.2.

2089 Arr. CGH n°211 du 22 thermidor an IX (10 août 1801), 136 FOSS¹ F°320

2090 Greco 1830, p.52.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

Encore une fois, l'insistance réglementaire quant aux impératifs horaires et au strict de l'exécution du travail prescrit trouve un écho très net dans les obligations faites aux employés administratifs, l'attachement au cadre procédural n'étant pas l'apanage de l'exercice clinique, mais une constante de toutes les activités hospitalières. L'article VII des *Arrêtés et instructions concernant les bureaux de l'administration des hospices* de l'an X stipule des heures de présence (de 9 à 16h) et les articles 8 et suivant organisent un outil d'évaluation du travail administratif : des tableaux mensuels doivent être envoyés à la commission mentionnant les employés nominativement, leur fonction, l'avancement de leur travail, les absences éventuelles et leurs motifs. Ces tableaux devant être signés de l'agent de surveillance et vérifiés par la commission administrative qui peut, en cas de manquement, suspendre le salaire de l'agent fautif²⁰⁹¹. Autrement dit, exactement les mêmes outils et méthodes de surveillance dont font l'objet les étudiants²⁰⁹² ... avec des résultats tout aussi mitigés : en 1811, le Conseil, « informé que les employés de l'administration ne sont point exacts aux heures d'entrée et de sortie prescrites par les règlements », prend un arrêté imposant aux employés d'émarger sur des feuilles de présence à leur arrivée et départ, documents qui doivent être transmis au CGH²⁰⁹³.

Pour finir, alors que nous avons étudié les présupposés sociaux et moraux sous-jacents dans le tri de la population hospitalière²⁰⁹⁴, et les devoirs en termes de politique publique de santé qui incombaient au CGH²⁰⁹⁵, il est remarquable à plusieurs égards de constater que le personnel médical fut mis à contribution non seulement dans la surveillance des malades pour

2091 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1802c art. 7 à 11 qui se trouve là appliquer les volontés napoléoniennes en matière de rendement administratif. cf. Burdeau 1989, p.100.

2092 cf. note 1758.

2093 Arr. CGH n°10291 bis & 10291 du 20 février 1811, 136 FOSS²⁴ F° 241-243 & 240.

2094 cf. supra section 2.1.

2095 Section supra section 1.2.1.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

des raisons et des finalités médico-gestionnaires (comme c'est le cas pour les visites, l'interdiction de changer de lit, etc), mais aussi pour dénoncer des faits (crimes notamment) passibles de poursuites judiciaires. Les registres de correspondance regorgent de demandes de renseignements, d'autorisations de sorties, d'avis de décès, etc. requises ou envoyés spontanément au procureur de Paris (éventuellement aux services de police) quant à des admis suspectés de faits plus ou moins graves (de la voie de fait à l'homicide)²⁰⁹⁶, preuves des liens existants entre services hospitaliers et judiciaires. Ils sont tout à fait dans l'ordre des choses : ces individus, à des titres divers, sont déjà entrés dans la sphère juridique, qui les confie aux hôpitaux le temps de leurs soins. Or ces liens ne se sont pas limités à cela. En juillet 1819²⁰⁹⁷ le CGH prend un arrêté d'une autre teneur imposant qu'à « chaque fois que les médecins et chirurgiens lors de leur visite croiront reconnaître des symptômes d'empoisonnement, tentative d'assassinat, attentat à la pudeur de jeunes filles et autres crimes de ce genre », ils dressent un procès-verbal, remis à l'agent de surveillance, qui le transmettra au CGH. Il tend à faire des médecins et chirurgiens les substituts du ministère public. Et par là-même des contributeurs au maintien de l'ordre public. Nous ne savons pas si la directive fut scrupuleusement suivie, et encore moins si elle fut à l'origine de condamnation en correctionnelle voire aux assises. Mais elle sonne à nos oreilles, à deux siècles de distance, comme une confusion des genres. Et surtout comme une aspiration nette au contrôle et à la surveillance des individus hospitalisés, y compris pour des motifs autres (d'aucuns diraient supérieurs) que ceux de la guérison du patient.

Mais une fois n'est pas coutume, la surveillance des malades n'est pas une démarche aux

2096 cf. AAP Registre de correspondance L1 Hôtel-Dieu ou L1 Saint-Louis.

2097 Arr CGH du 29 juillet 1819, 136 FOSS⁵⁹, F° 137.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

visées purement administratives, même si c'est la part que nous venons d'exposer. Cette surveillance continue aux relents paternalistes, sert aussi la pratique clinique...

3.3.1.2 Surveiller les maladies

Surveiller les malades, c'est se donner la possibilité de surveiller les maladies. Alors que la pratique privée prive le médecin de l'accès aux grandes séries et sape du même coup la solidité épistémologique de ses observations²⁰⁹⁸, de ses histoires de cas et de son éventuelle thérapeutique, la pratique hospitalière ne peut apporter de solution à ce problème que si elle offre au praticien une multiplicité de matériaux comparables. Elle n'a d'intérêt que si on y trouve non pas une agrégation d'éléments disparates, mais précisément une série. Pour ce faire, l'administration comme l'homme de l'art trouvent un premier levier en amont, dans le type de personne admise dans les établissements²⁰⁹⁹. Cette double fonction de la surveillance et de la discipline trouve aussi à s'exercer, à une échelle plus précise, dans les salles et le rythme de vie hospitalier. L'observation des règles est gage d'ordre mais aussi de savoir : « L'hôpital, en fournissant à tous les malades le même cadre et les mêmes conditions de vie, en favorisant les mêmes comportements, efface et nivelle les différences individuelles ou sociales et permet aux médecins de saisir la maladie dans sa vérité première. En dépersonnalisant le malade, en le neutralisant, l'hôpital le rend transparent à l'œil du praticien »²¹⁰⁰ À notre sens, cette citation, pour être exacte, est doublement elliptique : premièrement, ce n'est pas l'hôpital qui impose des cadres et des comportements homogènes,

2098 Ce que soulignait déjà Corvisart avant la Révolution, en y mêlant une pointe de circonstance contre les « charlatans » : « Là, ces maladies sont du moins tout ce qu'elles doivent être ; elles ne sont point défigurées par cette médecine active & précipitée, qu'exige l'impatient ignorance des gens du monde, & qu'emploie trop souvent sous le nom de médecin, l'intrigant complaisant & téméraire. » Corvisart, Éloge de Desbois de Rochefort, dans Rochefort 1779, p.xii. On y notera l'inversion de l'argument critique des hôpitaux comme environnement corrupteur, empêchant la manifestation de la maladie « pure » de Dupont de Nemours et des réformateurs. cf. supra p.19.

2099 Sur ce point, voir supra section 2.1.1 et 2.1.3 et, pour les aspects plus statistiques chez P-C-A Louis, 3.2.2.3 Pourquoi, pour qui compter ?.

2100 Imbault-Huart 1975, p.151.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

mais plus précisément la surveillance qui s'y exerce ; deuxièmement, ce que cette homogénéisation rend transparent au praticien c'est davantage le jeu des causes et des effets que le « malade » à proprement parler.

La connaissance clinique n'a de fondement que si son objet, le patient, peut être maintenu dans un cadre relativement stable. Si les conditions fluctuent de manière trop importante, si un trop grand nombre de facteurs varient concomitamment, alors il n'est plus de discriminant déterminable. Pour reprendre les propos de l'administrateur Camus, comment évaluer les bienfaits curatifs d'une alimentation si on n'est même pas sûr que le régime prescrit est suivi ; comment juger de l'efficacité d'un médicament si on ne peut s'assurer qu'il est effectivement administré ?²¹⁰¹

Pour pleinement saisir la fonction médicale de la surveillance hospitalière, il faut d'après nous souligner que ce que semblent avoir manqué les études sur les aspects sociaux coercitifs des institutions hospitalières, voire de la médecine en général, c'est la prise en compte de la nature des conceptions étiologiques à la période²¹⁰². L'hôpital est certainement, en partie, le lieu d'un contrat tacite entre classes dirigeantes et classes laborieuses, les premières finançant d'une part les institutions de charité pour maximiser les chances de paix sociale et d'intégration de la norme salariale industrielle par les secondes, et d'autre part pour faire assumer à ses mêmes classes populaires l'essentiel des risques afférents à la constitution d'un nouveau savoir médical, plus efficace thérapeutiquement, mais encore fragile et donc générateur d'erreurs. D'où un contrôle nécessaire, une surveillance accrue. Mais l'essentiel, du

2101 cf. Citations de Camus in Thouret, Camus & Duquesnoy 1803 citées p.529.

2102 Sans préjudice de l'idée que ce qui fait une partie de l'originalité de l'anatomo-clinique, c'est qu'elle renonce à l'étiologie comme objet d'investigation en soi, ce que Pinell mentionnant Foucault résume en une phrase : « Dans la médecine anatomo-clinique, la question de l'étiologie de la maladie est écartée de la définition des entités pathologiques et reléguée dans l'univers des spéculations théoriques ». Pinell 2009, p.320. Si les discours sur le pathogène sont effectivement largement abandonnés, et l'étiologie écartée de la *définition* des maladies (nous verrons ci-dessous pourquoi), cela ne veut pas dire que le clinicien ne se soucie pas de « facteurs causaux », pour utiliser des termes généraux.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

point de vue de la connaissance médicale, ne se joue vraisemblablement pas là.

À la lumière des idées avancées par Kay Codell Carter²¹⁰³ les raisons de la convergence entre médecins et administrateurs deviennent à la fois plus claires et plus complexes. Plus complexes, parce qu'elles font jouer un niveau supplémentaire : aux motifs nosologiques mis en avant par Foucault ou Léonard par exemple, aux motifs socio-moraux des philanthropes et hygiénistes, s'ajoutent les exigences du discours étiologique. Plus claires aussi, parce qu'elles connectent plus directement les réquisits médicaux et administratifs, sans le truchement de conceptions morales, politiques ou sociales communes – quand bien même celles-ci seraient aussi à l'œuvre, ce que nous ne mettons pas en doute : premièrement parce qu'il est évident que médecins et administrateurs partageaient une proximité sociale et « politique » au sens large²¹⁰⁴, deuxièmement parce que l'explication étiologique n'est pas toujours exempte de jugements normatifs, comme Kay Codell Carter l'expose lui-même²¹⁰⁵.

L'argument est le suivant : une des raisons pour lesquelles, s'il y avait une problématique étiologique dans la médecine de la première moitié du XIX^e siècle, il n'y avait pas de « concept de cause » de telle ou telle maladie, tient à la définition de la notion de maladie. Les

2103 Carter 1982 ; Carter 2003.

2104 En particulier au sein de l'institution hospitalière, où cette proximité était souligné par la distance qui les séparait des indigents malades et du personnel de service, faisant d'après Pinell 2009, pp.324–325 des membres du conseil d'administration et des médecins (et des religieuses, quoique sur un plan sensiblement différent), les « différents représentants des classes dominantes ».

2105 « Représenter les infractions aux normes morales et sociales comme risquant de faire apparaître une maladie est une stratégie naturelle, presque universellement adoptée, voire même (possiblement) modérément efficace pour influencer les comportements. [...] Les médecins du dix-neuvième siècle étaient plus intéressés par des questions comme « Pourquoi cette personne est-elle maintenant victime des oreillons ? » que par des questions comme « Comment les oreillons surviennent-ils ? » [...] La raison est toujours la même : l'objectif premier n'est pas de contrôler ou d'expliquer le malheur mais de renforcer les normes. » Carter 2003, p.22: « Representing infractions of moral and social norms as liable to bring on disease is a natural, almost universally espoused, and (possibly) even mildly effective strategy for influencing behavior. [...] Nineteenth-century physicians were more interested in questions like 'Why does this person now have mumps?' than in questions like 'How does mumps come about?' [...] The reason is always the same: the primary objective is not controlling or explaining misfortune but reinforcing norms. » Soit dit en passant, cette stratégie n'est pas propre au XIX^e et aux siècles antécédents. cf. les premières perceptions de l'épidémie de SIDA, ou les jugements attachés au cancer (précisément, pour ce dernier, parce que son étiologie présente un déterminisme faible, ou « multifactoriel »). Voir par exemple Sontag 2001.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

pathologies étant définies, fondamentalement, comme une collection de symptômes liés (chronologiquement, physiologiquement, etc), il était parfaitement possible et cohérent d'assigner les différents développements d'un état morbide à un large spectre de causes indépendantes.

Précisons que sous ce rapport, la médecine clinique de la fin du XVIII^e et du début du XIX^e et la médecine anatomo-clinique de la première moitié du XIX^e ne sont pas différentes. Si la médecine anatomique permit de définir les pathologies de façon beaucoup plus solide et précise par des altérations organiques (ou tissulaires après Bichat), la structure de la causalité morbide n'en est pas pour autant fondamentalement altérée. Les processus morbides trop puissants ou non-combattus devant aboutir à la mort, l'étiologie morbide était logiquement largement associée à l'étiologie létale. La principale raison à cela est la confusion des catégories causales mobilisées, en particulier la distinction entre cause proximale et distale : les causes de la maladie et de la mort étant appréhendées toutes deux en termes de prochain/lointain, il est facile de passer de l'une à l'autre, les mêmes facteurs (climat, idiosyncrasie, sous-nutrition ou « cachexie », etc.) étant invoqués tantôt comme cause de l'une, de l'autre ou des deux²¹⁰⁶. Que ce soit dans un cadre symptomatologique ou anatomique, la recherche d'une cause suffisante, puisqu'elle peut être proche ou éloignée, ne change pas grand chose à l'affaire : la liste des étiologies possibles pour une pathologie donnée ne fit que s'allonger²¹⁰⁷.

« Au début du XIX^e siècle, les maladies individuelles étaient presque

2106 L'argument vaut probablement moins pour l'aliénisme, qui distingue plus nettement causes lointaines (*causes prédisposantes*) et facteur déclencheur (*causes occasionnelles*), cf. Huneman 2008, pp.627–629.

2107 Anne Fagot-Largeault, dans son travail sur les causes de la mort (Fagot-Largeault 1989), dit s'intéresser aux causes de la mort et non de la maladie, précisément de façon à éviter la question des causes finales (introduction, 0.2.1). Et si elle date du milieu de la période qui nous intéresse le moment où la médecine, prise dans la positivité scientifique, se débarrasse des distinctions causales complexes traditionnelles pour se concentrer sur les seules causes prédisposantes et occasionnelles (p.5), elle précise bien que l'anatomie pathologique ne saurait à elle seule en être le moteur : si l'explication se trouve dans les lésions, elle ne se réduit pas à leur constatation (p.280).

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

toujours caractérisées en termes de signes et symptômes remarquables (ou, sous l'influence de l'anatomie pathologique, d'altérations morbides particulières dans le corps). Par exemple, lors d'un cours donné à l'université de Paris en 1832 imprimé dans le journal britannique le *Lancet*, Gabriel Andral définit l'« hydrophobie » comme « une horreur complète des fluides, à tel point que la déglutition devient presque impossible ». [...] De là, l'hydrophobie était définie en termes d'un symptôme saillant : une incapacité extrême à avaler. Cependant, si l'hydrophobie est une aversion à avaler, alors, comme Andral le reconnaît gaillardement, des cas complètement authentiques peuvent être causés par des coups à la gorge ou par des problèmes psychologiques tout autant que les morsures de chiens enragés. Étant donné une définition symptomatique comme celle d'Andral (ou même une définition en termes de lésion spécifique), il était logique et inévitable que l'hydrophobie, ou toute autre maladie ainsi définie, ait une série de différentes causes lointaines variant selon les cas. »²¹⁰⁸

Une même maladie, parce qu'elle est symptomatologiquement définie, peut donc être causée par une grande variété de causes sans rapports. Une étiologie faible – conceptuellement parlant – est un handicap diagnostic car comme l'écrit Anne-Marie Moulin, « Pour les médecins, la recherche d'une cause est une façon d'ordonner le chaos des observations empiriques et si possible d'envisager une cure radicale, une prévention ou un traitement rationnels. »²¹⁰⁹. Et c'est précisément un rôle qu'elle partage avec l'histoire de cas, mode majeur d'administration de la preuve médicale et véritable « matière première » de la méthode clinique. Notre idée est qu'une des fonctions essentielles de la surveillance hospitalière est d'obvier au handicap diagnostic et thérapeutique que représente le sous-déterminisme étiologique de la médecine des tempéraments, et de maximiser la généralité et

2108 Carter 2003, p.18 “In the early nineteenth century, individual diseases were almost always characterized in terms of prominent signs and symptoms (or, under the influence of pathological anatomy, of particular morbid alterations in the body). For example, in a lecture delivered at the University of Paris in 1832 and reprinted in the British journal, *Lancet*, Gabriel Andral defined ‘hydrophobia’ as ‘complete horror of fluids, reaching to such a degree, that their deglutition becomes almost impossible’. [...] Thus, hydrophobia was defined in terms of one prominent symptom: an extreme inability to swallow. However, if hydrophobia is a horror of swallowing, then, as Andral cheerfully acknowledged, fully authentic cases could be caused by blows to the throat or by psychological problems as well as by the bites of rabid dogs. Given a symptomatic definition like Andral's (or even a definition in terms of specific lesion), it was logical and inevitable that hydrophobia, or any other disease so defined, would have a range of different remote causes that varied from case to case.”

Sur les paragraphes précédents, voir plus largement Carter 2003, chap.1.

2109 Lecourt & Bourgeois 2003, p.446 art. “Étiologie”.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

l'utilité des histoires de cas en contraignant l'objet de la médecine dans des bornes les plus étroites possibles²¹¹⁰.

Plus le milieu dans lequel la pathologie et son porteur évoluent est ouvert, plus le nombre de facteurs potentiellement pertinents pour le diagnostic et le pronostic est élevé. À l'inverse, plus ce milieu est fermé, plus le nombre d'éléments à considérer est réduit. La surveillance qui s'exerce à l'hôpital en fait un milieu plus fermé que le domicile, et trouve là une de ses fonctions essentielles : elle permet d'exclure *ex ante* un grand nombre de facteurs étiologiques qu'il faudrait autrement éliminer un par un. Nous avons déjà examiné en quoi la méthode des histoires de cas présupposait un type particulier d'écriture, tout au long de la période, de Pinel²¹¹¹ à Louis²¹¹², celles qui figurent chez le premier se voulant un modèle du genre. À la lecture les observations faites par Pinel dans son ouvrage phare en la matière, *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse*, sous-titré *Recueil et*

2110 En ce sens, on peut dire que la surveillance hospitalière est une voie privilégiée des innovations conceptuelles qui permirent une pensée étiologique selon Kay Codell Carter : « Comme chaque série de symptômes pouvait être causée de manières radicalement différentes, ou peut-être apparaître spontanément [...] les étapes qui corrigeaient un cas d'une maladie pouvait n'avoir aucun effet positif dans d'autres cas de la même maladie. Cette situation ne pouvait être corrigée par des innovations conceptuelles.

Typiquement les innovations étaient obtenues comme suit : on commençait par une maladie spécifique caractérisée symptomatiquement ou par des modifications pathologiques. En examinant minutieusement *des situations contrôlées*, une condition spécifique était identifiée comme nécessaire pour beaucoup ou la plupart des cas reconnus de la maladie. Puis, la maladie se voyait donner une nouvelle caractérisation en termes de cette condition nécessaire spécifique. Ceci, bien sûr, rendait possible la reclassification de beaucoup de cas particuliers puisque la maladie nouvellement définie incluait des cas avec différents symptômes (mais la même cause) et excluait d'autres cas avec les mêmes symptômes (mais des causes différentes). Finalement, des mesures pouvaient être prises pour prévenir la condition causale définitive. » Carter 1981, p.58 Les italiques sont de nous : dans la médecine du début du XIX^e, où pouvait-on mettre en place des situations contrôlées, si ce n'est à l'hôpital ?

« Since every set of symptoms could be caused in radically different ways, or perhaps appear spontaneously, [...] Steps that corrected one case of a disease may have no positive effect in other cases of the same disease. This situation could only be corrected by conceptual innovations.

Typically the innovations were achieved as follows: one began with a specific disease characterized symptomatically or by pathological modifications. By looking carefully at controlled situations, a specific condition was identified that was necessary for many or most of the recognized cases of the disease. Next, the disease was given a new characterization in terms of that specific condition. This, of course, entailed reclassifying many particular cases since the newly defined disease included some cases with different symptoms (but the same causes) and it excluded other cases with the same symptoms (but different causes).

Finally, measures could be adopted to prevent the definitive causal condition. »

2111 Cf. supra p.538.

2112 Cf. supra p.541.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

résultat d'observations sur les maladies aiguës, faites à la Salpêtrière, il apparaît clairement qu'une telle entreprise n'a été rendue possible que par l'existence d'un cadre professionnel un minimum rigide et contraignant. Les observations sont présentées, comme il le recommandait dans l'article homonyme du dictionnaire Panckoucke cosigné avec Bricheteau, avec force détail. Tout comme P.C.A. Louis le recommandera à son tour deux décennies plus tard²¹¹³. Nous avons déjà analysé en détail les réquisits méthodologiques de l'histoire de cas chez ces deux auteurs et chez d'autres pour montrer que la clinique était une médecine écrite et formelle²¹¹⁴. Point n'est besoin d'y revenir ici.

Aussi nous nous contenterons de pointer quelques faits qui, pour aussi évidents qu'ils puissent paraître, servent d'autant plus puissamment notre propos.

Premièrement, l'histoire de cas telle qu'elle est présentée chez Pinel n'est envisageable que si les patients dont on observe l'évolution morbide sont scrupuleusement suivis. Pouvoir suivre l'évolution des symptômes, les éventuelles altérations dues au régime alimentaire, aux médicaments, etc. d'une même personne pendant dix, trente voire cinquante jours et plus suppose qu'elle soit précisément identifiée, distinguée de ses voisins immédiats, cette identification devant perdurer au gré des potentiels changements de lit ou de salle. Comment imaginer qu'un tel niveau de suivi soit possible avec des patients qui passeraient à leur guise d'un lieu à un autre sans que leurs mouvements soient ordonnés, autorisés, consignés ?

Secondement, il en est de même lorsque l'on considère les histoires de cas non seulement comme des manuels (ou en tout cas des aides) au diagnostic mais aussi comme des aides à la thérapeutique. Pinel se sert de ses histoires de cas non seulement pour indiquer le déroulement de telle ou telle maladie, classée nosologiquement (en cela, c'est une aide au diagnostic), mais

2113 Pinel & Bricheteau 1812, Louis 1834.

2114 cf. supra section supra section 3.1.1.1.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

aussi pour que son lecteur puisse constater des effets bénéfiques (et éventuellement néfastes) de telle ou telle médication (en cela, il est une aide thérapeutique). On en trouve de multiples exemples, comme celui de cet enfant de seize mois, atteint de croup²¹¹⁵ : pour chaque jour de la maladie, du second jusqu'au terme (au sixième jour), les remèdes délivrés sont mentionnés, ainsi que leur mode d'administration. Au second jour, à six heures du matin, « un grain de tartrate de potasse antimonié dans quatre once de lait » doit être donné, en petites doses « très rapprochées ; on le donne à des intervalles trop longs, et il est sans effet ». On renouvèle l'opération à doses plus rapprochées. L'effet recherché est atteint, l'enfant vomi. Puis un bain de pied, « pas assez chaud », ne fait qu'accroître la dyspnée. L'inspiration « d'éther sulfurique », les lavements au sulfate de soude, les étouffements « provoqués par tous les moyens possibles » et les infusions « d'hysope avec sirop de vinaigre » n'ont pas plus d'effet. Le soir, un nouveau bain de pied « mais bien chaud » « soulage un peu ». Un nouveau vomitif puis dans la nuit un « liniment avec l'opium et le camphre appliqué en friction et en topique sur la région trachéale du cou » sont employés. Le troisième jour, « continuation des mêmes moyens, excepté de la potion émétisée »²¹¹⁶. À neuf heures, après « déjections copieuses », l'appétit revient. Le quatrième jour, les symptômes diminuent et l'enfant est mis en convalescence le sixième²¹¹⁷.

La précision des données, jour par jour et même heure par heure, est un élément important de l'évaluation thérapeutique : elle permet de savoir que le « grain de tartrate de potasse antimonié dans quatre once de lait » doit être donné en petites doses rapprochées : alors que la première fois, à intervalles trop long, le résultat est nul, quelques heures plus tard, la même préparation donnée « à doses plus rapprochées » produit l'effet escompté. Il en est de même

2115 Que Pinel définit comme « angine trachéale des enfans » dans l'édition de 1804, comme croup dans celle de 1815, alors qu'on le définit maintenant comme « laryngite diphtérique compliquée de dyspnée » (cf. L.

Manuila, A. Manuila, Lewalle, et al. 2004 art. « croup »).

2116 Émétique est synonyme de vomitif.

2117 Pinel 1804, pp.217-219.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

pour les bains de pieds, qui doivent être chauds. Or, là encore, une telle précision et les appréciations thérapeutiques qui en découlent ne sont rendues possible que par une surveillance précise, régulière et continue des mouvements des malades, de leurs symptômes et des moyens curatifs employés.

Il en est de même, concernant les observations sur la même pathologie mais à l'autre extrémité chronologique, pour Louis. Dans une démarche comparative, on a choisi la section « Du Croup, considéré chez l'adulte » de ses *Mémoires, ou Recherches anatomico-pathologiques sur diverses maladies*²¹¹⁸. Huit histoires de cas sont rapportées, toutes issues d'observations faites dans des hôpitaux parisiens (six à la Charité – dont cinq par P.C.A. Louis lui-même – une à Necker et une à la Salpêtrière). Tous les cas sont pris dans la durée totale de l'affection, de l'admission à l'hôpital à son terme, couvrant une période de une journée à un mois et demi. Les observations sont faites parfois à l'heure près, et les remèdes employés mentionnés (y compris la non-observation des prescriptions, le cas échéant)²¹¹⁹, suivi du résultat de l'autopsie en cas de décès. Des histoires de cas « canoniques » en somme, mais qui auraient été impossibles à collecter à la fois en aussi grand nombre et aussi précisément sans une surveillance continue des malades et de leurs faits et gestes. Cette précision à large échelle permet à Louis de tirer des conséquences générales sur les caractéristiques de la maladie et son cours, à l'heure près :

« la maladie a une marche progressive, de haut en bas, occupant successivement le voile du palais, les amygdales, le pharynx et les voies aériennes. La mort survient six à huit jours après l'angine gutturale, « deux ou trois jours après l'apparition de la fausse membrane sur le pharynx, et de dix huit à trente six heures après le moment où l'on pouvait présumer par l'altération de la voix que cette fausse membrane s'était propagée au pharynx »²¹²⁰

2118 Louis 1826, pp.203–252.

2119 p.206 par ex.

2120 Louis 1826, p.239.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

Elle lui permet également d'assimiler croup à d'autres pathologies des voies respiratoires, que l'on nommait éventuellement différemment parce qu'elles survenaient chez l'adulte (et non l'enfant), et parce que les organes atteints l'étaient dans une succession différente (larynx et trachée-artère en premier pour l'une, pharynx ou fosses nasales pour l'autre).

Enfin, un dernier argument mobilisé par Louis dans son étude du croup mérite ici mention.

Il indique que

« La plupart [des cas] se présentent, non comme des faits simples, mais comme des accidents survenus au milieu d'affections plus ou moins graves, pour lesquelles les malades étaient venus chercher des secours à l'hôpital. Cette circonstance, loin de diminuer la valeur de nos observations, leur donne peut-être, comme on le verra, plus d'intérêt, en ce qu'elle montre l'uniformité de l'affection, soit qu'elle soit simple ou compliquée ; et parce que les malades dont il s'agit ayant été atteints de croup après leur admission à l'hôpital, nous avons pu l'observer dans tout son cours, et en avoir l'histoire complète, ce qui n'était pas possible pour ceux qui en avaient été atteints avant cette époque. »²¹²¹

P.C.A. Louis inverse ici en quelque sorte le fameux argument de la contamination des maladies en milieu hospitalier²¹²² et en fait un élément de diagnostic différentiel en ce qu'il permet de dégager les symptômes pathognomoniques (l'anatomie pathologique est une pièce maîtresse de ce processus, naturellement). C'est parce que les malades sont malades à l'hôpital, en milieu contrôlé, que les observations sont meilleures et encore plus dignes de foi. A contrario, quand les malades meurent (ou sortent trop vite de l'hôpital), les observations « peuvent être considérées comme nulles » : l'examen symptomatologique ne peut pas être mené exhaustivement, tout comme la nécropsie en cas de décès²¹²³.

2121 Louis 1826, p.204.

2122 Le fameux « aucune maladie d'hôpital n'est pure. Le mélange des miasmes, qui s'échappent de tous les malades, leur nuit à tous. » résumé par de Dupont de Nemours d'une idée largement répandue à la fin du XVIII^e siècle et au début du XIX^e. cf. Dupont de Nemours 1786, p.25.

2123 Louis 1826, p.275.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

On se souvient que les cliniciens insistaient lourdement sur les informations pertinentes à relever quant aux malades pour pouvoir établir un diagnostic pertinent²¹²⁴. L'étiologie étant un moyen diagnostic, on doit concevoir cette collecte maximaliste d'information comme un moyen de réduire l'incertitude quant aux facteurs morbides en jeu dans un cas donné, et donc de maximiser les chances d'isoler efficacement des éléments diagnostiquement discriminant. C'est en ce sens qu'il faut comprendre l'argument de Louis susmentionné voulant que l'on indique aussi l'absence de certains symptômes lorsqu'ils auraient dû être attendus. Un malade surveillé, catégorisé, noté, c'est un malade pour lequel la liste des déterminants pertinents aura été limitée, permettant au clinicien de développer un savoir plus efficace. Cela est d'autant plus nécessaire que l'homme de l'art doit non seulement faire le tri dans l'interminable liste des déterminants potentiels, mais qu'en outre la nature est parfois insidieuse :

« Une maladie grave peut s'annoncer d'abord par des caractères équivoques, ou se masquer sous une forme trompeuse et propre à la faire méconnoître : il faut alors surveiller sa marche avec l'attention la plus scrupuleuse, pour saisir ses premiers traits distinctifs les jours suivans, et pouvoir fixer son jugement. »²¹²⁵

De la même manière pour le volet thérapeutique, alors que la physiologie de la période est encore balbutiante, on n'a qu'une idée extrêmement floue des moyens par lesquels une substance soulage ou aggrave l'état d'un malade. Les relations de cause à effets sont donc potentiellement en nombre infini. La surveillance pointilleuse et continue, pour s'assurer que la bonne personne se voit administrer la bonne prescription, au bon moment et dans les bonnes proportions permet seule d'établir l'efficacité ou la nocivité d'une médication :

« Si l'on veut s'en tenir à la marche sévère des faits, il n'y a qu'une route à suivre, c'est de faire précéder un grand nombre d'histoires de maladies classifiées avec ordre, d'examiner celles qui procèdent avec plus ou moins de régularité vers une terminaison favorable, avec quelques légers secours qu'on leur donne, ou au moyen d'un régime

2124 Sexe, âge, profession, antécédents, tempérament, etc. en sus de la l'enchaînement des symptômes cf. pp. 538, 529 et 542 pour Pinel, Bayle & P.C.A. Louis respectivement.

2125 Pinel 1804, p.9.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

sagement dirigé, de considérer celles où la nature paroît entravée dans son cours par la lésion de quelque viscère ou de l'origine des nerfs, qui se terminent plus ou moins promptement d'une manière funeste si on les abandonne à elles-mêmes ; d'opposer enfin les unes aux autres, et de déterminer ainsi les limites réciproques de ce qu'on appelle *action* et *expectation* en médecine. »²¹²⁶

On ne saurait donc s'étonner des désidératas du clinicien Pinel exprimées ci-dessous, que l'on aurait pu croire écrites de la plume d'un de ces administrateurs prompts à enrôler médecins, chirurgiens et carabins dans leur volonté policière de contrôle des populations quand il précise que le professeur de clinique « doit avoir l'inspection la plus illimitée sur tous les besoins des malades sans cependant se mêler d'aucun objet de comptabilité, et exercer de concert avec les administrateurs une surveillance continuelle et infatigable. »²¹²⁷

Dans les faits, la rigueur du temps hospitalier, scandé par les repas, les visites, les promenades, etc à heures fixes est effectivement une forme d'orthopédie sociale²¹²⁸. Ce temps fragmenté, mesuré, régulier n'est pas une nouveauté en soi²¹²⁹. Mais indubitablement, comme l'écrit Anne Thalamy « L'émergence, à l'hôpital d'une durée médicalisée impose au clinicien l'obligation de surveillance, mais elle lui confère également un très vaste pouvoir. »²¹³⁰ au détriment de l'ancien personnel religieux, qui devient simple exécutant. Et effectivement, les personnels médicaux se virent de fait confier des pouvoirs de surveillance ou de police,

2126 Pinel 1815, p.456 Sur la même question (médecine expectante/agissante), Corvisart précise lui aussi l'importance de l'omniprésence du médecin auprès du malade. Lui qui insistait tant sur « la nécessité de [l']*éducation médicale* des sens » pour le diagnostic, précise aussi, contre le dogme hippocratique des « crises » du septième, quatorzième et vingtième jour, que « chaque jour, chaque *heure*, chaque *instant* lui sont indifférents pour agir ou se reposer ». (les italiques sont de nous) Corvisart 1989 [1806], p.116 Rappelons que le clivage médecine active et expectative (François Magendie (1783-1855) étant par exemple un des grands tenants de la seconde) est un des principaux de la période, nombre de praticiens inclinant au « nihilisme thérapeutique » devant l'expansion de leurs moyens diagnostics et l'absence de progrès curatifs proportionnels.

2127 Pinel & Weiner 1980 [1793], p.52.

2128 Cf La « mise au travail », p.322.

2129 Les règlements de l'Hôtel-Dieu prévoient : en 1687 obligation d'une contre-visite quotidienne ; en 1735 fixation de l'heure des visites, leur durée, leur déroulement. Brièle 1881, p.231,326.

2130 Thalamy 1979, p.33.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

comme l'indique l'art. 108, chapitre 7 du règlement du service de santé de 1802 d'après lequel les officiers de santé « seront autorisés à faire retirer des salles, pendant leurs visites, tous ceux qui apporteraient du trouble à leurs fonctions. »²¹³¹

Ainsi, la surveillance dans le cadre hospitalier est une exigence à la fois morale et scientifique. Morale, parce qu'elle est une composante essentielle de la mission dont les administrateurs hospitaliers sont investis : promouvoir un mode de vie des classes populaires plus vertueux, plus réglé et plus adapté au mode de relations socio-économiques en voie de constitution dans la France de la première industrialisation ; et faire l'usage le plus raisonné et efficace possible des ressources financières à leur disposition. En un mot, moralisation et gestion. Scientifique, parce que sans un suivi rigoureux des patients et des conditions de vie homogène pendant leur séjour hospitalier, il est considérablement plus ardu de poser un diagnostic et de déduire les effets des thérapeutiques. En reprenant Ray Codell Carter, on peut dire que dans les deux cas, la position maximaliste est de chercher une condition suffisante soit à l'apparition de la maladie (étiologie), soit à son identification (symptôme pathognomonique) dans le but de développer le bon remède. Plus les conditions varient (incertitudes quant aux antécédents médicaux et aux conditions de vie *ante* admission, changements de salle, de régime, de voisins de lits, etc), plus la quantité de causes suffisantes potentielles croît, plus il est délicat de déterminer la cause de la maladie, le rapport des symptômes avec l'entité pathologique et l'effet curatif/néfaste avéré des moyens mis en œuvre.

Blondel ne dit pas autre chose à quand il présente les sources de son *Rapport sur les épidémies cholériques* : alors que les tenants des divers théories médicales s'écharpent sur la

2131 Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris n.d., p.25.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

nature de l'infection cholérique – et démontrent, par leurs désaccords sur ce qui forme le phénomène princeps et ce qui n'est qu'épiphénomène, la nécessité d'une physiologie pathologique²¹³² – et la thérapeutique adéquate, les hôpitaux et leurs relevés forment d'eux-même le cadre et les moyens de la connaissance médicale, ils déterminent l'objet et le constitue en séries ... qui permettent à l'administrateur d'établir son rapport, purement gestionnaire :

« De tels nombres [sur les admis et les décédés du fait du choléra] prouvent, à eux seuls, la multiplicité et l'importance des renseignements que peuvent offrir les services hospitaliers pour l'étude de l'épidémie. Tandis qu'à domicile on ne connaît le fléau que par le nombre des victimes qu'il enlève chaque jour ; dans les hôpitaux on constate sur chaque malade, le début de l'invasion, sa durée, ses différentes phases ; et la statistique y peut tenir compte aussi bien des guérisons obtenues que du décès des administrés qui succombent. On trouve, en effet, en tout temps, sur les registres de ces maisons, pour chaque personne admise : son nom, son âge, son sexe, son état civil, sa demeure, sa profession, la date de son entrée, le moment de sa sortie, ou l'époque et la cause de sa mort. Pour suivre, pas à pas, les progrès du mal, il suffit donc d'ouvrir ces registres. Le dépouillement de ceux de 1832 avait déjà été fait, à l'occasion du Rapport que le Conseil général des hospices s'était proposé de publier sur la première invasion du choléra à Paris. Nous avons pu retrouver la plus grande partie des documents recueillis alors ; ils nous ont mis à même de composer les tableaux que nous donnons aujourd'hui, et de présenter la série d'observations qui va suivre. »²¹³³

La surveillance assume donc des fonctions de maintien de l'ordre incombant à l'administration hospitalière, mais aussi médicales de par ses liens avec l'étiologie et le diagnostic. Mais on peut élargir encore un peu l'échelle du propos. On a vu que le personnel médical était formellement mis à contribution par le CGH pour les tâches de contrôle, voire de police²¹³⁴. Cependant, cette stratégie ne fut pas son apanage. Les préfets tentèrent eux aussi

2132 Sur les différentes écoles, voir en particulier Delaporte 1990, pp.91–133.

2133 Blondel 1850, pp.21–22.

2134 cf. p.649.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

de faire des médecins des auxiliaires de leurs services, utilisant comme levier de leur action – à partir de 1821 – les hôpitaux parisiens et la surveillance qui s'y exerçait. On tentera ici de montrer que cette dernière s'acquitte alors d'une charge supplémentaire en contribuant directement à l'un des instruments privilégiés des politiques sanitaires de l'État : des tables de mortalité et de morbidité aussi fiables que possibles.

Dès ses débuts, l'administration, dans la veine hygiéniste, avait bien vu l'intérêt que pouvait représenter ses administrés pour la nation toute entière, et comment des outils de micro-gestion médicale pouvaient monter en généralité. Un mélange des genres médicaux et gestionnaires que nous avons déjà exposés²¹³⁵, mais qui est pensé à une échelle largement supra-hospitalière dès les premiers comptes moraux. Au titre des pistes à approfondir pour améliorer les établissements, la Commission administrative se demandait

« Si enfin s'élevant au-dessus du service physique des Hôpitaux, il ne seroit pas à propos d'inviter les officiers de santé à recueillir, jour par jour, les faits particuliers et les observations auxquels ils donnent lieu, tant sur le nombre et l'espèce d'indigens et de malades qu'ils ont à soigner, que sur les causes qui ont influé sur ce nombre plus ou moins grands, sur telle ou telle espèce de maladie, observations importantes dont le résultat seroit si avantageux à l'humanité, *et pourroit jusqu'à un certain point améliorer même la législation économique du pays* où pendant un certain laps de tems elles se feroient avec suite, intelligence, et scrupule. »²¹³⁶

Et pourtant, il semble que jusqu'en 1821, l'appui que la préfecture trouve dans les médecins hospitaliers et leur constante surveillance des classes les plus humbles se résume à un soutien

2135 cf. supra sections 2.1.2.2 et 3.1.2.2.

2136 Commission Administrative n.d., p.29 Les italiques sont de nous. Si ce compte moral n'est pas daté, il a probablement été rédigé vers 1803 ou 1804, et en tout cas avant 1808 : il est signé de Duchanoy, Lemaignan, Fesquet, Desportes et Alhoy, membres de la CA à partir de 1801, auxquels ont été ajoutés Montholon et Nicod en 1808.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

du ministère public dans les affaires criminelles, les enquêtes de santé publique échouant au Conseil de Salubrité. En effet, depuis le 8 mars 1801, une ordonnance du préfet de police stipule que « Tous les officiers doivent déclarer aux commissaires de police les soins aux blessés, avec les noms, prénoms, professions et demeures des individus, sous peine de 300fr d'amende » (200 pour les officiers de santé en chef des hospices) au motif qu'en ne faisant pas cette déclaration, les officiers de santé pourraient involontairement soustraire des coupables aux recherches et à l'action de la justice, [et] que cette déclaration devient indispensable surtout lorsque les blessés se font traiter chez les officiers de santé, puisqu'ils pourraient mourir de leurs blessures sans que leurs familles en eussent connaissance, si lesdits officiers de santé n'avaient obtenu d'eux aucuns renseignements »²¹³⁷. Mais il y a plus.

D'une part, on sait que les tableaux de mortalité sont historiquement au fondement de la statistique publique²¹³⁸, et les causes de mort furent un objet d'attention particulier des pouvoirs publics, tant dans une perspective démographique que d'ordre public. On peut aller jusqu'à dire que l'originalité de Graunt par rapport aux tentatives multi-séculaires d'enregistrement des naissances et décès, est double : dans l'efficacité et l'exhaustivité des relevés d'une part, le mettant en mesure d'estimer la population avec une précision inégalée jusqu'alors ; mais aussi, dans l'attention portée aux causes de mort²¹³⁹.

D'autre part, il est établi que l'intégration du médecin dans la machine administrative parisienne pour collecter des informations sur les causes de décès date d'une circulaire de 1802 par laquelle le préfet de département (Frochot) demande aux maires d'arrondissement de faire remplir un modèle d'état de décès²¹⁴⁰ par « l'officier de santé chargé de constater les

2137 Ordonnance n°52 concernant les officiers de santé, 17 ventose an IX (8 mars 1801), in Delessert 1844, pp.78–79.

2138 Le Bras 2000, pp.5–7.

2139 Vallin, Meslé, Caselli, et al. 1988, pp.16–17.

2140 Contenant le nom, sexe, âge, causes de décès et « genre de maladie » et rue de résidence des décédés.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

décès, et les autres médecins et chirurgiens les plus célèbres » de l'arrondissement²¹⁴¹. L'ensemble des données devant être transmises à la Société de l'école de médecine, dans une démarche typiquement hygiéniste d'établissement de liens entre les causes de décès et leur fréquence et les conditions générales de salubrité, dans le cadre du « Grand mémoire des préfets » lancé en 1801 par Chaptal²¹⁴². En fait, logiquement, c'est le Conseil de Salubrité de la Seine créé la même année qui hérita finalement de ce dossier. C'est à lui que l'on doit le premier « Tableau des maladies considérées comme cause de mort », publié en 1808, inchangé jusqu'en 1821²¹⁴³. Ainsi, au départ, les médecins hospitaliers ne sont pas directement intégrés à ces outils statistiques alors même que comme l'écrit Adolphe Trébuchet « les décès [dans les hôpitaux de Paris] figurent pour une part considérable dans la mortalité de la ville. » Il n'est de fait pas indifférent du tout qu'il commence sa série d'articles parus dans les Annales d'hygiène publique et de médecine légale sur la « Statistique des décès dans la ville de Paris depuis 1809 » précisément par une « Notice historique sur les hôpitaux de Paris »²¹⁴⁴ : d'après ses relevés, de 1809 à 1818, la mortalité hospitalière compte pour près de 40% de la mortalité totale²¹⁴⁵.

2141 Biraben 1973, pp.62–63.

2142 Cette grande enquête, dans l'esprit de la statistique encyclopédique allemande et grâce à laquelle « Chaptal et son conseiller Duquesnoy veulent savoir tout ce qui a changé depuis 1789, et dans quelles conditions », concernait la topographie, les populations, les conditions de vie, l'agriculture, l'industrie, etc. Les préfets devaient avoir l'aide des Conseils d'Agriculture, qui furent assez peu efficace, alors que les sociétés savantes furent assez actives. La statistique publique change alors, et on s'achemine vers un traitement des données sur le mode de l'arithmétique politique, qui demande une précision de classement des faits de la part des collecteurs d'information. Avec la démission de Chaptal (en 1804) et l'écartement de Duquesnoy, l'enquête fut ramenée à des objectifs beaucoup plus modestes. cf. Dupâquier 1988, pp.21 & sq.

2143 Trébuchet 1849, p.350.

2144 La place des hôpitaux dans ces statistiques est même prépondérante si on en juge par la part de ses articles qu'il y consacre : 82 pages sur 134, soit 61% du volume. À moins qu'il ne se soit laissé emporté par la formalité de l'exercice ... cf. Trébuchet 1849 ; Trébuchet 1850a ; Trébuchet 1850b.

2145 Sur 206510 décès enregistrés, 124846 l'ont été à domicile, 78952 dans les hôpitaux et hospices, 2722 à la morgue. Trébuchet 1850a, p.102 À noter que d'après nos relevés issus de AAP 1M, pour l'année 1810 (seule que nous ayons en commun avec Trébuchet, avec 1814), il y eu 6224 morts hospitaliers, tous établissements confondus, soit une différence de -7% par rapport aux 6717 décès hospitaliers comptabilisés par Trébuchet pour la même année. La raison de cette différence nous reste obscure, nos données étant systématiquement soit concordantes, soit inférieures pour les hôpitaux. Ceci s'explique peut-être par l'inclusion ou non des décès de militaires présents dans les hôpitaux civils. Pour l'année 1814, nos chiffres sont beaucoup plus proches : 15739 décès hospitaliers pour A. Trébuchet, 15786 pour nous, soit un écart de +0.3%.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

Il semblait ainsi relativement vain de vouloir une statistique précise des causes de mort sans y intégrer les décès hospitaliers. La chose fut introduite de manière systématique seulement en 1821. À l'occasion de la refonte du tableau nosographique par le Conseil de Salubrité, le préfet de police écrit à la commission des Hospices le 28 décembre 1821 pour la prier « de [le] faire distribuer, sans délai, dans les Hospices, en prescrivant aux Docteurs ou Officiers de santé chargés de vérifier les décès de s'y conformer exactement, à compter du premier janvier 1822 »²¹⁴⁶. Le préfet ne fut visiblement pas satisfait du zèle avec lequel les personnels médicaux remplirent lesdits tableaux. Il écrivait deux mois et demi plus tard « sur les états qui [lui] sont parvenus des divers Hospices [avec] la plus grande inexactitude » et rappeler au CGH que

« L'intention de l'administration [en adoptant ce nouveau tableau] a été de perfectionner les tableaux de mortalité, et de réunir dans un ordre plus méthodique des renseignements précieux pour l'art médical et l'hygiène publique ; un pareil résultat ne peut être atteint qu'autant que les personnes chargées de vérifier les décès désignent avec précision les numéros de la classe et de l'ordre de chaque maladie, et l'indique avec la dénomination technique qui lui est donnée sur la nouvelle nosographie. »²¹⁴⁷

Si c'est à cette période que l'on peut faire remonter l'intégration de fait des praticiens hospitaliers dans le système public de collecte d'information sur l'étiologie morbide, on doit remarquer que cette dernière est en quelque sorte doublement tributaire de la pratique hospitalière. Premièrement, pour les motifs que l'on vient d'évoquer. Et secondement parce que dès le départ le premier « tableau des maladies considérées comme cause de mort », publié par le Conseil de Salubrité²¹⁴⁸, est en vérité largement inspiré de la Nosographie philosophique de Pinel²¹⁴⁹. Or, nous avons déjà explicité en quoi la médecine pinélienne

2146 cf. Conseil Général d'administration des hospices civils de Paris 1825, p.1 Albert Mauger, signale que cette lettre, prescrivant « la rédaction d'un état mensuel des causes de mort » fut effectivement une première, alors même que « l'administration, par les entrées dans les hôpitaux, est mieux à même que personne d'appeler l'attention des autorités sur le commencement des épidémies ». Mauger 1905, p.350.

2147 Conseil Général d'administration des hospices civils de Paris 1825, p.9.

2148 Qui n'a, rappelons-le, aucun rapport direct avec les hôpitaux.

2149 cf. annexes & Vallin, Meslé, Caselli, et al. 1988, p.22.

3.3.1 Une exigence morale et scientifique

reposait sur une clinique hospitalière où la classification et la surveillance des malades avaient une place centrale²¹⁵⁰.

Pour résumer, la surveillance des malades hospitaliers, exigence administrative, su trouver un appui dans le personnel et les outils de la surveillance des maladies, exigence scientifique et médicale : la détermination de la nature des vecteurs pathogènes ne pouvant être abordée positivement, l'approche la plus efficace consistait donc à limiter le nombre de causes suffisantes d'une maladie, et par voie de conséquence à contrôler aussi exhaustivement que possible les conditions de vie des internés, via une surveillance théoriquement aussi minutieuse que possible. L'État ne tarda pas à percevoir que l'intérêt du procédé débordait le cadre de l'administration hospitalière et de la clinique stricto-sensu en ce que la possibilité de diagnostic précis et uniformes (facilitée, donc, par la surveillance pratiquée en hôpital) constituait un fondement épistémologique de la possibilité même d'une statistique sanitaire pertinente.

Si le rapprochement des nécessités cliniques, administratives et démographiques se montre à voir dans la surveillance pratiquée dans les hôpitaux, il est d'autres objets, plus incarnés cette fois, qui réifient les liens étroits unissant médecine et gestion ...

2150 cf. supra pp.529 & sq.

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

À notre connaissance une seule étude systématique a été consacrée aux lits hospitaliers, la thèse de médecine de Françoise Boinet²¹⁵¹ qui date de 1945 et reprend largement les rapports de Jacques Tenon de 1788²¹⁵² et l'étude sur les hôpitaux de Armand Husson²¹⁵³. Il ne s'agit pas pour nous de reprendre la thèse de Boinet, qui présente l'évolution du mobilier hospitalier de literie et de son agencement depuis le XIV^e siècle, ni de la mettre à jour mais, dans la continuité de notre propos, de pointer en quoi le lit est un objet matériel à la croisée de la thérapeutique et de la gestion.

Le lit peut être considéré comme un composant de l'arsenal curatif tout comme les médicaments, et ceci à double titre. Premièrement, comme l'écrit Tenon à propos de la literie de l'Hôtel-Dieu, « Lors qu'on examine les lits, dans les rapports qu'ils ont avec l'art de guérir, on trouve en eux, tantôt un moyen direct & absolu de guérison, & tantôt un moyen auxiliaire, sans lequel tous les autres secours ne réussiroient pas, ou ne réussiroient que difficilement. »²¹⁵⁴. Et l'auteur du mémoire sur les hôpitaux de Paris d'exemplifier ces moyens : direct dans le cas d'une fracture des membres inférieurs, auxiliaire en ce que l'homme malade « a un besoin indispensable de *repos*, de *sommeil*, d'une *chaleur convenable* »²¹⁵⁵.

Deuxièmement, en ce qu'ils permettent – en théorie – une identification et subséquemment une distribution fiable et efficace de régimes et remèdes adaptés et différenciés.

2151 Boinet 1945.

2152 Tenon 1788.

2153 Husson 1862.

2154 Tenon 1788, p.160.

2155 Qu'il est, dit-il, « impossible d'obtenir dans de grands lits comme ceux de l'Hôtel-Dieu, où l'on couche quatre et six personnes. » Tenon 1788, p.160.

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

Par ailleurs, le lit est une unité comptable, et même la principale unité comptable de l'administration hospitalière, en même temps qu'un puissant moyen d'organisation de la vie dans les établissements où, *de facto*, les individus sont la majeure partie de leur temps alités.

3.3.2.1 Identifier des malades

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, les lits sont des objets très volumineux : mesurant régulièrement plus de deux mètres de large, ils sont coiffés d'un ciel soutenu par des colonnes. D'après les gravures, ils sont riches à la Charité, disposés en deux rangés, chevet contre le mur. À l'Hôtel-Dieu, les lits sont sur 3 rangées, parallèles au mur, sans espace entre le pied et le chevet. Fermés par des rideaux, ils contiennent, comme on l'a dit, plusieurs malades (quatre, parfois six), avec en plus un malade sur un lit de tréteaux entre les rangées. Parce que les salles sont longues, qu'il n'y a pas de place entre les lits et quatre à six personnes par lits, Tenon rapporte qu'on a conçu des chariots, traînés de lits en lits et conclut : « Voilà comment une construction manquée amène un ameublement mal entendu, comment l'un et l'autre introduisent des usages qui renversent l'ordre du service, et influent sensiblement sur la santé des malades, qu'ils détériorent. »²¹⁵⁶

De fait, un des problèmes principaux est d'administrer le bon régime et/ou le bon remède à chaque malade. Nombreux sont les témoignages qui attestent des problèmes que les lits multiples posaient à cet égard. Ils sont évidents, et on en reprendra ici deux seulement, à titre d'illustration. Même si à l'Hôtel-Dieu depuis 1618²¹⁵⁷ les lits sont numérotés par salle et portent des étiquettes volantes en carton où sont inscrits les régimes à suivre et les médicaments à administrer, ce que Tenon, à la fin de l'Ancien Régime atteste, il précise que si dans certains établissements cette étiquette est fixe et en bois, à l'Hôtel-Dieu elle est volante et

2156 Tenon 1788, p.175.

2157 Boinet 1945, pp.28–29.

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

son emplacement dépend de l'orientation (assez fantaisiste) des lits. Et comme chaque lit renfermait de multiples malades, on ne savait pas toujours au juste à qui ces étiquettes se rapportaient²¹⁵⁸. Sans surprise, les mêmes inconvénients sont relatés par Camille Bloch : la situation n'a guère changée quelques années plus tard sous la Révolution et les lits à plusieurs occupants entraînent toujours des confusions de traitement : « 800 convalescents couchent avec les malades ; il y a souvent des méprises, les uns sont traités pour les autres »²¹⁵⁹.

La solution à ces problèmes était double et toute trouvée : étendre la numérotation des lits et ne placer qu'un seul malade par couchage²¹⁶⁰. Une fois n'est pas coutume, l'effort d'identification par le truchement du lit n'est pas une nouveauté en soi. Les délibérations du Bureau de l'Hôtel-Dieu indiquent que l'usage « *immémorial*, [était] d'inscrire dans le registre tenu par le prestre du bac, à l'entrée de l'Hostel Dieu, les noms et jour d'entrée de tous ceux qui y sont admis, pour y être traités de leurs maladies et infirmités » et de « leur mettre au bras un billet contenant leur nom et le jour de leur entrée, ainsy qu'il s'est toujours pratiqué »²¹⁶¹.

2158 « comme chaque lit renferme quatre ou six malades, on ne sait point avec cette étiquette, auquel de tous ces malades se rapporteront les médicamens, les alimens, les différentes quantités de ceux-ci, depuis les malades, seulement au bouillon, jusqu'à ceux à qui on accorde, soit le quart, soit la demie, les $\frac{3}{4}$ de portion, soit la portion entière. Ainsi, point d'ordre dans la dépense, point de sûreté dans les distributions. » Tenon 1788, p.169, cité par Fosseyeux 1912, p.315.

2159 Bloch 1974 [1908], p.82.

2160 C'est d'ailleurs en partie à cette dernière mesure, prévue dès le départ dans les statuts de l'hôpital de la Charité (fondé en 1601) et de l'hôpital Necker (fondé en 1778), que ces deux établissements devaient leur bonne réputation sous l'Ancien Régime. cf. Jourdan 1837, pp.11–12 « Placé dans un quartier spacieux, entouré de vastes jardins, situé sur une petite côte où régnait un air vif et pur, l'hôpital de la Charité dut être bientôt renommé par son extrême salubrité ; il le fut encore par l'avantage qu'il présentait de donner un lit à chaque malade, tandis qu'à l'Hôtel-Dieu, le même lit servait à la fois à plusieurs personnes » (les italiques sont de nous) ; cf. Imbert 1993, p.156 à propos de l'hôpital Necker : « Les contemporains ne tarissent pas d'éloges sur ce petit établissement de cent vingt lits et les historiens modernes expriment souvent la même opinion : chaque malade avait son lit, le service médical était bien organisé, le prix de journée le plus bas de Paris ». Comme il le fait remarquer plus loin, tous les établissements fondés au XVIIIe siècle auront vocation à ne recevoir qu'un seul malade par lit.

2161 Brièle 1881, p.312, décision du 8 avril 1732. Les italiques sont de nous. Naturellement, l'adjectif *immémorial* est ici à prendre au sens littéral, et non au sens figuré de « de tout temps ». En l'occurrence, Boinet date cet usage de 1618, cf. supra note 1754.

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

Très rapidement, le CGH va prendre des mesures pour tenter d'apporter des solutions, sur les deux fronts.

Premièrement, il va consacrer des ressources à l'application d'une loi de 1793 interdisant les lits à plusieurs malades²¹⁶². D'après le *Rapport au Conseil général d'administration des hospices civils de Paris, sur leur état au premier germinal an XI*, de Camus, l'objectif d'un malade par lit a été réalisé à l'Hôtel-Dieu dans le cours de l'hiver de l'an XI. Il précise que les grands lits on d'abord été séparés par une cloison, et que, finalement, « Tous ces lits, ou doubles ou à cloisons, ont été supprimés et remplacés par des lits simples »²¹⁶³. Naturellement, que ceci figure dans ce rapport ne veut pas nécessairement dire que ces lits aient effectivement disparus dès l'an XI²¹⁶⁴, ni que c'était le cas dans *tous* les établissements civils de Paris, et encore moins que le problème de la surpopulation chronique des hôpitaux avait été résolu²¹⁶⁵. Mais il indique néanmoins que le CGH en fit une priorité.

L'objectif, encore une fois, mêlait considérations médicales et morales. Des lits uniques devaient favoriser la guérison en permettant une meilleure récupération²¹⁶⁶ et éviter les contagions via l'accroissement de la « chaleur morbifique » que dégagent les lits multiples. Chaleur qui ne correspond plus à aucune maladie, ni à aucun malade mais à « la chaleur

2162 Huard & Grmek 1970, p.136.

2163 Thouret, Camus & Duquesnoy 1803, p.35 du rapport de Camus.

2164 Quoique l'obligation figurait dans le *cahier des charges* des entrepreneurs, qui stipulaient qu'ils ne devait plus y en avoir aucun au 20 juin 1802, *Cahier des Charges pour le service des hospices de Paris*, Prault, Paris, an X cité par Weiner 1993, p.173.

2165 On sait que même à la fin du XIXe siècle les conditions sont parfois proches de celles que l'on évoquait avec horreur à la fin du XVIII^e : « L'encombrement constant de nos services, encombrement tel que dans certaines salles, le nombre de 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, cité par Claire Barillé dans Belmas & Nonnis Vigilante 2010, p.212 note 11.

2166 cf. supra note 1753.

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

combinée de celle de toutes les personnes et de toutes les maladies rassemblées dans le même lit, de manière qu'elle trouble incontestablement l'ordre de la nature ; ce qui ne peut manquer d'égarer dans l'application des moyens curatifs.»²¹⁶⁷. Ils devaient aussi favoriser la surveillance. Ce n'est pas un hasard si le système des cloisons d'abord adopté transitoirement par le CGH, moyen-terme acceptable *a priori* si les cloisons sont facilement lavables, est abandonné pour des lits uniques : dès leur introduction en 1787 à l'Hôtel-Dieu, ils avaient fait l'objet de critiques de la part des religieuses, essentiellement liées au fait que les cloisons dérobaient une partie des malades à leur vue, les empêchant de leur porter secours en cas de besoin, mais encourageant aussi le vol et les comportements répréhensibles²¹⁶⁸. Bref, ils obéraient la surveillance constante qu'elles devaient opérer. Dans son rapport de 1814, Pastoret mobilisera les mêmes arguments, exposant que le Conseil a fait son possible pour rendre les salles plus salubres en espaçant les lits, augmentant ainsi le cubage d'air par malade, et en les tournant : « les chevets tournés vers un des murs latéraux rendent plus faciles le service à l'égard des malades et l'inspection des surveillants pour la police des salles. »²¹⁶⁹

Deuxième volet de l'action : la numérotation des lits. Nous l'avons dit, c'est une reprise de pratiques antérieures²¹⁷⁰, mais on sait que les opérations de numérotage prirent beaucoup de temps, notamment dans les grands établissements comme Bicêtre, où l'on trouve trace de

2167 Tenon 1788, p.167.

2168 Brièle 1883, pp.192–94.

2169 Pastoret 1816, p.241. Remarquons que quelques paragraphes plus loin, le même rapport signale que les matelas de plumes, déjà condamnés par les médecins dans des observations de 1756, ont été définitivement remplacés par des matelas de laine, plus faciles à entretenir, et moins chauds. En attendant le remplacement par des lits de fer ... cf. Boinet 1945, p.30.

2170 Cf. supra p.528. La pratique n'est naturellement pas franco-française : par exemple dans les hôpitaux de l'ordre de Saint-Maurice en Italie, les règlements prévoient des numérotations dès le XVIIIe, Belmas & Nonnis Vigilante 2010, p.230.

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

celles-ci au moins jusqu'en 1811²¹⁷¹. D'après le Code administratif des hôpitaux civils édité par le CGH, le but de l'opération n'aurait été que de simplifier la tenue des registres médicaux : « Pour faciliter la tenue des registres [par le Bureau central d'admission, les bureaux particuliers dans les hôpitaux et ceux des médecins & chirurgiens chefs dans les divisions des salles], un arrêté du Conseil Général des Hospices du 19 octobre 1803 (26 vendémiaire an 12), a prescrit le numérotage de tous les lits des hôpitaux et hospices. »²¹⁷² Si l'on s'en tient à l'imprimé de 1824, le motif de la numérotation serait donc essentiellement médical, la bonne tenue des registres étant condition essentielle au suivi clinique et à l'observation des prescriptions thérapeutiques, comme nous l'avons précisé dans les sections précédentes²¹⁷³.

Mais si l'on considère l'arrêté original, les choses sont bien plus ambivalentes, ce dernier stipulant que

« Le membre de la commission administrative chargé des hospices et les membres de la commission chargés des hôpitaux feront faire chacun respectivement dans leur division et dans leur section le numérotage des lits qui existent dans les hospices et les hôpitaux, à l'effet de former une base aux règlements que le Conseil doit faire tant sur les admissions des indigents et malades, que sur les présentations qui seront faites par les héritiers ou ayant cause des fondateurs. »²¹⁷⁴

Ce qui est tout à fait remarquable dans cet arrêté, c'est qu'il expose les motifs pour lesquels le Conseil Général des Hospices poursuit et étend les pratiques antérieures de numérotage. Nous avons déjà indiqué qu'il s'était très largement inspiré des idées des réformateurs médicaux comme Tenon, et il n'y a pas de raison de douter qu'il fut sensible aux arguments strictement médicaux et hygiénistes avancés pour justifier ce type de mesure, arguments que

2171 cf. Arr. CGH n°11209 du 30 octobre 1811, ordonnant le paiement de 200F au sieur Clerambour pour le numérotage des lits de l'hospice de Bicêtre, AAP 136 FOSS²⁶ F°276.

2172 Conseil Général d'administration des hospices civils de Paris 1824, p.77, note 1 L'arrêté en question n'est mentionné que dans cette note.

2173 cf. section 3.1.2.

2174 Arr. CGH n°1817 du 19 octobre 1803 (26 vendémiaire an XII), Numérotage des lits existant dans les hospices et les hôpitaux. AAP 136 FOSS⁵ F°501.

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

nous avons mentionnés quelques paragraphes plus haut. Mais ce n'est pas cela qui ressort de l'arrêté pris le 19 octobre 1803.

3.3.2.2 *Gérer des ressources*

Dans cet arrêté, que constate-t-on ? Premièrement, que la même mesure est prise pour les hôpitaux et les hospices, alors que nous avons vu que les premiers sont – théoriquement – maintenant réservés aux malades et les seconds aux invalides. Deuxièmement, et le motif est distinct même s'il est lié, que l'opération a pour but de faciliter la tâche de l'administration dans la gestion de la population hospitalière *et* l'exercice des droits des fondateurs (ou leurs ayants droits).

Autrement dit, la numérotation des lits fut étendue par le CGH certainement pour des raisons « intra-salle » d'efficacité thérapeutique (c'est une partie de sa raison d'être dans les hôpitaux), mais également pour des motifs inter-hospitaliers de centralisation et de gestion plus commode des informations concernant le nombre de lits vacants.

En effet, deux années plus tôt, le CGH avait approuvé trois règlements intérieurs très semblables pour les hôpitaux de malades de Beaujon²¹⁷⁵, Saint-Antoine et Cochin²¹⁷⁶, que nous avons déjà étudié dans la section sur la surveillance des malades²¹⁷⁷. Dans les trois cas, la numérotation des lits est prévue. L'argument avancé est clairement celui de l'organisation des soins et de la gestion optimale des ressources : l'impératif de numérotation fait suite à la

2175 Règlement particulier pour l'hôpital Beaujon, du 16 ventôse an X (07 mars 1802), AAP A2780-II.

2176 Arr. CGH 634 du 24 germinal an X (14 avril 1802), AAP 136 FOSS², F°342-345 pour Saint-Antoine, F°346-347 pour Cochin.

2177 cf. pp.527 & sq.

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

description de la destination de l'hôpital et du nombre de lits de chaque type qu'il contiendra :

1. La destination de l'hôpital Beaujon est, au plus haut nombre pour cent vingt individus malades, savoir :
 - 45 hommes malades alités
 - 45 femmes malades alités (sic)
 - 6 hommes convalescens
 - 6 femmes convalescentes
 - 12 hommes blessés
 - 6 femmes blesséesLes lits sont numérotés chacun selon la classe à laquelle ils appartiennent.
2. Il est absolument défendu d'intervertir la distribution portée à l'article précédent ; s'il ne se présente personne pour remplir les lits assignés à chacune des classes, ils resteront vacants.
3. L'agent de surveillance enverra chaque jour, par la petite poste, au bureau central d'admission, l'état et le n° des lits vacants dans chacune des classes. Lors de la confection de ces états, il réservera pour les cas prévus par l'art.2 du règlement du 13 frimaire an 10²¹⁷⁸, deux lits d'hommes malades, deux lits de femmes malades, quatre lits d'hommes blessés, deux lits de femmes blessées ; les lits des convalescents ne sont pas portés dans l'état.

Aucune justification thérapeutique n'est mentionnée. Il est patent qu'ici la numérotation sert à tenir un compte précis des ressources utilisées et disponibles, et à s'assurer de leur allocation. Des lits numérotés avaient une valeur ajoutée pour les médecins, mais aussi pour les administrateurs.

En fait, à bien considérer l'argument de gestion des ressources hospitalières, une partie de l'argument d'utilité s'inverse. On pourrait penser que le gain représenté par la numérotation des lits était plus important dans les hôpitaux (avec leurs maladies différenciées) que dans les hospices (et leur population hétérogène de vieillards plus ou moins malades, mutilés plus ou moins handicapés, etc), et que par conséquent l'argument thérapeutique garde une certaine

2178 Cet arrêté porte sur les admissions dans les hospices, l'art. 2 stipulant que « Tout malade atteint d'une maladie grave qui l'oblige à garder le lit, ou qui se trouve dans un état d'urgence est admis de fait d'après l'avis de l'officier de santé préposé à la visite dans l'hospice ».

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

prégnance. De fait, quand on considère la numérotation de nos jours, on y voit essentiellement un moyen de faire correspondre un traitement à un patient. Mais si la numérotation possédait certainement un intérêt dans les hôpitaux à l'époque, il était maximisé, du point de vue du CGH, non pas dans les hôpitaux mais dans les hospices.

Deux raisons principales à cela : premièrement, s'il était effectivement avantageux pour le CGH de connaître précisément le nombre de lit vacants dans les hôpitaux, l'information était moins cruciale que dans les hospices, dans la mesure où les lits temporaires, plus ou moins confortables, pouvaient toujours être mis en place pour recevoir des malades surnuméraires, auxquels on ne refusait de toute façon jamais l'accès. On a d'ailleurs fait mention, plus haut, du recours extensif à ce genre de moyen, jusque bien plus tard dans le siècle²¹⁷⁹. L'argument d'urgence vitale pouvait et était pragmatiquement opposé aux considérations gestionnaires ou morales. Tel n'était pas – ou moins – le cas dans les hospices où les invalides devaient être admis en vertu de listes et de critères établis longtemps à l'avance et faisant peu de part à l'accidentel. La surpopulation endémique dans les établissements ne pouvait être due à quelque hasard malheureux (qu'il soit individuel comme une fracture consécutive à une chute ou collective comme une épidémie), mais traduisait nécessairement les attentes pressantes d'une population réduite à la misère dont il fallait gérer au mieux l'assistance, le spectre du soulèvement social restant présent dans les esprits (à raison, comme 1830 et 1848 le prouveront). Là, les considérations gestionnaires et morales prenaient toutes leurs forces. L'accès aux établissements suivant des listes par ordre d'inscription représentait la possibilité d'une distribution plus honnête de ressources insuffisantes face à des situations souvent dramatiques, une garantie de justice *a minima*. Et la numérotation des lits le principal moyen de leur exécution.

2179 cf. supra, note 1748, p.527.

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

Pour le dire autrement et de façon quelque peu abrupte, dans un système de secours où les malades ne trouvaient pas porte close devant les hôpitaux, la numérotation des lits était très utile thérapeutiquement ; mais dans un système où une immense population misérable et prompte à la révolte (ou à tout le moins perçue comme telle) ne pourrait jamais trouver en totalité refuge dans les hospices et s'en verrait nécessairement partiellement exclue, la numérotation des lits était absolument primordiale.

Deuxièmement, on a vu²¹⁸⁰ que pour s'attirer les faveurs des philanthropes, le CGH avait rétabli les droits des fondateurs sur les lits, aux Incurables notamment. Rappelons que l'objectif était de récupérer des fonds et de restaurer l'intérêt des classes les plus aisées pour les institutions charitables, en leur permettant de financer des lits dans les établissements, leur ouvrant un droit à admettre, dans les lits ainsi financés, les personnes de leur choix. Nous avons également mentionné les longues listes de ces fondateurs ou ayant droits dont le CGH dut examiner les prétentions à tel ou tel lit. Or, il est évident que si une numérotation exhaustive des lits était un des moyens les plus efficaces pour une thérapeutique appropriée, il l'était aussi pour une gestion performante des droits de nomination. Si les lits avaient formé un ensemble de ressources interchangeable, le CGH aurait dû maintenir un ensemble très complexe de listes ordonnant les tours de nominations, intégrant les nominateurs institutionnels et privés, à proportion de leurs fondations, celles des derniers pris individuellement étant dérisoires au regard de celles des premiers, allongeant ainsi artificiellement la longueur des listes à établir²¹⁸¹. C'est précisément pour cette raison que

2180 cf. supra section 1.3.1.4.

2181 Pour clarifier par l'exemple : le fonctionnement aurait pu être le suivant, en prenant un établissement comme les Incurables. Suite aux négociations entre le CGH, le ministre, le préfet, supposons pour la clarté de l'argument que les proportions aient été décidées de 50% pour le premier, et 25% pour les deux seconds. Les nominations peuvent être décidées cycliquement : les deux premiers lits vacants sont à la discrétion du CGH, le troisième à celle du ministre, le quatrième à celle du préfet, et ainsi de suite. Si l'on fait intervenir maintenant des fondateurs privés, en supposant que les Incurables contiennent 450 lits (chiffres de 1814 mentionnés dans le rapport de Pastoret) : si une personne physique X fonde un lit, une autre Y deux lits, alors X doit pouvoir exercer son droit une fois toutes les 450 vacances et Y à la 448 et 449^e vacances (par

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

Frochot, préfet de la Seine, précise dans une lettre de 1810 ou 1811 au ministre de l'Intérieur²¹⁸² « je pense, d'après vous, Monseigneur, que pour arriver à un bon mode de nomination, il est indispensable de revenir au projet de numéroter les lits de chaque hospice et d'attribuer un certain nombre de numéros à chacun de ceux qui doivent concourir aux nominations »²¹⁸³

Autrement dit, dans les efforts déployés pour développer la numérotation des lits apparaît encore un moyen de satisfaire à des exigences médicales *et* administratives. On évite certainement ainsi des erreurs dans les distributions de médicaments, exauçant les vœux de nombreux médecins. Mais on s'assure également une gestion plus précise des capacités d'hébergement dans les hospices, à un moment où revenait au CGH la gestion de l'intégralité des dispositifs d'assistance parisiens et des prétentions diverses sur ceux-ci (que ce soit de la part du préfet, du ministre, ou de quelque tête couronnée) et où il avait rétabli des droits de nomination, compliquant encore un peu plus la donne.

Avant de conclure cette partie, mentionnons très brièvement un dernier point, comme en écho à l'intrication des préoccupations médicales et morales que nous exposons au sujet du

exemple) ; le CGH, le ministre et le préfet conservant respectivement la nomination à deux, une et une vacances toutes les quatre vacances jusqu'à la 448^e. On conçoit rapidement l'extrême lourdeur du processus.

2182 Jean-Pierre Bachasson, Comte de Montalivet (1766-1823).

2183 AN F¹⁵ 1919. C'est bien ainsi que les choses avaient été pensées au départ, l'art. 8 de l'arrêté du CGH du 24 brumaire an XII (16 novembre 1803) sur la vérification des droits des fondateurs portant que le registre pour l'exercice des droits de présentation tenu dans chaque hospice serait composé de trois colonnes. La première « énoncera le nom du fondateur et la date de l'acte de fondation ; une seconde, le nom des présentateurs actuels reconnus par le Conseil, et la date de l'arrêté portant reconnaissance de leur droit ; une troisième, *le numéro du lit assigné à la fondation et le nom de la personne qui y est placée* ». Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris 1824, p.615, les italiques sont de nous.

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

remplacement des lits multiples par des lits individuels²¹⁸⁴.

En sus de la disparition des lits doubles voire quadruples, le principal effort du CGH en matière de literie porta sur la substitution des lits en bois par des lits en fer, en particulier pour lutter contre les puces. L'entretien en était rendu plus aisé, et le risque d'infection parasitaire réduit. Ce qui nous intéresse ici c'est les motifs médico-moraux sous-jacents dans les décisions concernant cette nouvelle literie. Husson, dans son *Étude sur les hôpitaux*, revient sur cette substitution²¹⁸⁵, dont il porte le crédit au Conseil Général des Hospices²¹⁸⁶. Les lits en fer furent d'abord testés en 1799 à l'hôpital des cliniques à la Charité, suite à un rapport de l'Académie des sciences, mais ce n'est que vingt ans plus tard qu'ils sont lentement généralisés. Sur les 14940 lits recensés à l'inventaire de 1802, seuls quelques uns sont en fer. L'impulsion est vraiment donnée en 1818-1819, et se poursuit ensuite au-delà du mandat du CGH²¹⁸⁷. En 1860, sur 19602 lits, 2512 seulement sont en bois, et aucun dans les hôpitaux.

Une foultitude de lits ont été proposés par des inventeurs et des artisans plus ou moins ingénieux tout au long de la période²¹⁸⁸, la plupart ayant pour but de limiter les manipulations du malade à l'aide de dispositifs mécaniques. Typique de ce genre d'effort, le lit mécanique proposé – avec la recommandation du préfet de la Seine et de la société d'encouragement pour

2184 cf. supra p.675.

2185 Husson 1862, pp.81 & sq.

2186 Crédit confirmé par Lydie Boule : d'après elle, à l'exception de la Pitié, de Bicêtre et la Salpêtrière, le gros du remplacement achevé dès 1839-1840. Boule 1986, pp.59–65 du T.II, 1.

2187 Pour la période qui nous occupe, ce sont des centaines de lits qui sont achetés chaque année (un plan de 250 lits est accepté pour les hôpitaux de malades en 1828, mentionné dans arr. CGH n°49504 du 6 août 1828, AAP 136 FOSS¹⁰⁴ F°339) pour plusieurs dizaines de milliers de francs (plus de 40000F y sont consacrés en 1836, par exemple). Le CGH y porte une véritable attention, consacrant nombre de dons à ces opérations (comme celui du Duc d'Angoulême suite à sa visite de l'Hôtel-Dieu en 1822, cf. Arr. CGH n°34799 du 6 février 1822, cité dans arr. CGH n°35592 du 15 mai 1822, AAP 136 FOSS⁷⁶ F°262), ou ordonnant, en 1843, que les lits noirs soient repeints en vert, suite aux recommandations d'un médecin de Beaujon dont un patient avait été pris de délire face à la noirceur lugubre des lits. Cf. Husson 1862, p.82, note 1.

2188 « Ce n'est qu'en 1799 que quelques lits de fer à roulette en cuivre sont essayés à l'hôpital des cliniques attenantes à la Charité, sans grand succès pendant 20 ans. Les lits mécaniques pour malades, bien qu'approuvés par l'académie ne sont guère adoptés bien qu'indiqués pour les opérations de la taille et les accouchements forcés. Beaucoup d'inventeurs ingénieux en proposent. » Boinet 1945, p.31.

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

l'industrie nationale – par un certain Daujon, machiniste au théâtre Montencier en 1806, pour « déplacer le blessé sans le bouger, de le faire passer d'un lit à l'autre, et de rendre diverses parties de son corps accessible ». Si les médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière écrivent que les châssis proposés remplissent bien leur rôle dans leur rapport de juillet 1806²¹⁸⁹, un rapport de février de la même année rédigé par Boyer, chirurgien de la Charité, est plus précis et moins favorable. D'après celui-ci, le lit de Daujon n'est ni mieux ni moins bien que les précédents présentés, mais a l'avantage de s'adapter rapidement à tous les mobiliers. Plus embêtant, il ne sert à rien dans les cas les plus graves, quand le malade a une grande partie du dos atteinte, ou est gravement brûlé ou ébouillanté. Il conclut par une phrase peu enthousiaste : « Dans les autres cas, l'adresse et les moyens connus employés ordinairement pourront suppléer aux machines. ». En conséquence de quoi il ne peut refuser son approbation, tout en pensant qu'elle n'est que de peu d'intérêt²¹⁹⁰.

Une partie de la raison de l'accélération du remplacement des lits en bois par des lits en fer à partir de 1818-1819, outre la volonté d'y consacrer des ressources budgétaires suffisantes, s'explique par le temps nécessaire à la confection d'un lit satisfaisant²¹⁹¹. Le compte moral de Beaujon pour l'année 1820 est un des premiers à mentionner un lit jugé convenable²¹⁹². Au titre des améliorations survenues dans l'établissement, on rapporte la complétion du système de lits en fer de l'atelier Liancourt, en ajoutant aux 60 lits exécutés par Zéphir de la Place, des châssis dans la partie supérieure, au moyen desquels les quatre montants ont plus de solidité permettant la pose d'une traverse, équipée d'une poignée « pour aider le malade à se mouvoir et à se soulever » ; et l'on souhaite la « continuation de la confection des lits en fer, dont le

2189 Arr. CGH n°3809 du 16 juillet 1806, AAP 136 FOSS¹¹ F°118.

2190 Arr. CGH n°3299 du 5 février 1806, AAP 136 FOSS¹⁰ F°225-229.

2191 L'enjeu dépassant le strict domaine parisien, les hôpitaux de Paris servent en ce domaine comme en bien d'autres de modèles pour les hôpitaux de province. Ainsi, Pélégot accède en avril 1820 à la demande d'un des administrateurs des hospices d'Arras et ordonne qu'on lui envoie un lit ordinaire en fer à roulette. Cf. AAP 83 FOSS.

2192 Compte moral du Conseil Général des Hospices Civils de Paris pour l'année 1820, AAP Finance 15U, p.67

3.3.2 Le lit, outil de gestion thérapeutique

système peut être considéré maintenant comme arrivé à une véritable perfection. » Or, si ces lits à montant sont « parfaits », deux grands types de lits étaient commandés. Soit des lits à « montant » ou à « colonne », comprenant une armature coiffant le lit et permettant d'y installer des rideaux et/ou, comme ici, une poignée ; soit des lits dit « couchette », comprenant simplement les quatre pieds, un sommier et éventuellement une tablette²¹⁹³. Le choix se faisait certainement en fonction de la place disponible dans les salles et du coût du mobilier,²¹⁹⁴ mais pas uniquement. Husson²¹⁹⁵ expose un tout autre critère de choix. Dans les sections d'enfants, dortoirs de serviteurs et salles de grands hospices, c'est le lit en fer sans montant qui est en service. Pourquoi ? Parce que c'est là « où la surveillance doit pouvoir embrasser d'un premier regard tous les détails du service ». C'est d'ailleurs pour la même raison qu'ils ont remplacés les lits à rideaux aux hôpitaux de Lourcine et du Midi, destinés ... aux vénériens. La qualité du nouveau mobilier de literie et le confort du malade devraient s'accommoder de quelques impératifs de surveillance.

2193 Cf, par ex., Arr. CGH n° 36352 du 21 août 1822 autorisant le paiement de 1982F à Créty pour 19 couchettes en fer à la Salpêtrière, AAP 136 FOSS⁷⁸ F°20 et Arr. CGH n°44257 du 26 avril 1826 autorisant la fourniture de 60 en fer à colonne à l'Hôtel-Dieu, AAP 136 FOSS⁹⁵ F°201.

2194 Les lits étant facturés au poids, ceux à colonnes étaient nécessairement plus chers.

2195 Husson 1862, p.90.

3.4 Conclusion de partie

AU LONG DE CETTE partie sur les « technologies de papier », nous espérons avoir montré que l'hôpital avait été le lieu privilégié de la médecine clinique non pas seulement malgré les procédures et les rigidités administratives, mais aussi grâce à elles.

Des diverses techniques scripturales²¹⁹⁶ auxquelles recourt le clinicien lors de sa visite²¹⁹⁷ jusque dans le détail de leurs formes (stylistiques²¹⁹⁸ et méta-textuelles)²¹⁹⁹ en passant par les obligations qui lui sont faites en termes de présence²²⁰⁰, son utilisation des chiffres²²⁰¹ et ses aspirations à une médecine rendue plus « scientifique » par la « statistique »²²⁰², jusqu'à la surveillance²²⁰³ et la singularisation²²⁰⁴ des malades nécessaires pour établir les histoires de cas et les thérapeutiques les plus efficaces, il appert que les outils, les exigences et les méthodes de la médecine clinique du début du XIX^e siècle trouvèrent à l'hôpital le lieu le plus adapté à leur expression entre autres parce qu'elles prirent des formes qui étaient homogènes à celles de l'administration et recoupaient une partie de ses fins. L'hôpital, en tant qu'espace non plus scientifique mais institutionnel, dépendant de ressources matérielles finies, de tutelles étatiques, pris dans des enjeux politiques et sociaux complexes et le débordant largement, sut aussi trouver dans cette médecine un appui. Au-delà d'un certain nombre de valeurs partagées²²⁰⁵, en transformant et en reprenant ses pratiques pour les réutiliser dans ses circuits

2196 cf. section 3.1 pp.527 & sq.

2197 cf. section 3.1.2.2 pp.564. & sq.

2198 cf. section 3.1.1.2 pp.543 & sq.

2199 Nous utilisons ici le suffixe de « méta » plutôt que « infra » dans la mesure où les efforts de mise en forme du texte (jusqu'aux formes tabulaires que nous avons étudiée), qui l'éloignent de l'oralité, sont chronologiquement postérieure à l'écriture *stricto sensu* – que l'on songe à la *scriptio continua* latine par exemple. cf. G. Cavallo & Chartier 2001 ; Goody 1986 et surtout Vandendorpe 1999, cf.3.2.1 p.585.

2200 cf. section 3.1.2 pp.559 & sq.

2201 cf. section 3.2 pp.585 & sq.

2202 cf. section 3.2.2 pp.599 & sq.

2203 cf. section 3.3.1 pp.639 & sq.

2204 cf. section 3.3.2.1 pp.673 & sq.

2205 cf. section 3.1.2.1 pp.559 & sq.

3.4 Conclusion de partie

propres de gestion²²⁰⁶, en développant des outils chiffrés qui sont en réalité des outils comptables²²⁰⁷, en enrôlant tant bien que mal les personnels médicaux dans les tâches de contrôle²²⁰⁸, etc., on voit transparaître les conjonctions d'intérêts, soutenues par un ensemble de technologies communes, qui façonnèrent de l'intérieur l'hôpital pour en faire cet instrument pertinent pour les médecins et les pouvoirs publics. Les uns pour acquérir des connaissances anatomiques, pathologiques et thérapeutiques, les autres pour gérer un embryon d'assistance et de santé publique.

Bref, nous espérons qu'après avoir montré en quoi l'hôpital avait été modelé de façon à répondre à des exigences médico-administratives²²⁰⁹, la partie qui s'achève pointe un certain nombre d'aspects importants par lesquels le fonctionnement de l'hôpital de la période peut être dit double.

L'instrumentation médicale, composée d'appareils sophistiqués de chirurgie et de médecine déjà largement étudiés par ailleurs (forceps, stéthoscope, thermomètre, etc), comprend également des « technologies de papier » (cahiers de visite, tableaux, comptage, numérotation, ...) qui sont certes plus triviales, mais éclairent bien mieux les convergences qui règlent de l'intérieur les rapports entre pouvoir médical et administratifs en ce qu'elles font presque systématiquement double usage : réquisits cliniques, les technologies de papier sont réinvesties par l'administration pour en faire une source d'information ou un moyen de gestion qui lui soit utile ; obligation imposée par les administrateurs, elles sont transformées par les

2206 cf. section 3.1.2.2 pp.564 & sq sur l'utilisation des cahiers de visite pour gérer les denrées et médicaments ou 3.3.2 pp.672 sur la reprise de la technique de numérotation des lits pour avoir une vision plus précise des flux et stocks de population et un maniement plus aisé des droits de nomination. Voir également Annexes VIII et IX sur les cycles et cycles hospitaliers de l'information clinique.

2207 cf. section 3.2.2 pp.599 & sq.

2208 cf. section 3.3.1 pp.639 & sq.

2209 cf. section 2.

3.4 Conclusion de partie

médecins en nouvelles méthodes d'administration de la preuve scientifique. L'échelle s'élève parfois encore d'un niveau, faisant intervenir l'État et ses représentants en sus des médecins et de l'administration hospitalière, quand les impératifs paternalistes de moralisation des classes populaires des uns rencontrent les réflexions étiologiques des autres : la surveillance, levier commun pour des finalités divergentes, devient un moyen pour les préfets d'améliorer leur connaissance de la mortalité, leur plus vieil outil démographique ...

Jusque dans le détail de ses rouages, l'hôpital est une co-construction médico-administrative, où nombre de *modi operandi*, communs alors qu'ils servent des finalités distinctes, deviennent des *modi vivendi* ...

4 Conclusion

TRADITIONNELLEMENT NÉGLIGÉ DANS LES ÉTUDES portant sur la médecine parisienne du début du XIX^e siècle, nous espérons avoir montré que le Conseil Général des Hospices Civils de Paris ne fut pas un acteur négligeable. Notre première partie avait pour but de déterminer la nature de l'institution et de dégager ses liens avec le pouvoir politique. Il en ressort que le CGH ne fut pas, de toute évidence, une institution médicale. Organisme souhaité par l'État, qui lui donna une envergure supérieure à celle qu'aurait voulu le préfet, autre instigateur de sa création, l'étude du CGH permet de mieux comprendre certaines formes de l'engagement croissant du pouvoir central dans les thématiques de santé publique, et ses relations avec les hôpitaux dans un Paris post-révolutionnaire dont l'histoire politique a montré l'importance pour l'État naissant. On voit clairement une administration en quête d'autonomie développer, en relation étroite avec les injonctions du pouvoir central, une offre hospitalière aspirant à une certaine cohérence : malgré ses manquements et insuffisances, un véritable levier des politiques de santé publique.

Pour l'essentiel composé de grands notables philanthropes soucieux d'économies, maintenu par le ministre dans une dépendance financière croissante, le CGH put néanmoins développer une action rénovatrice conséquente, suivant un *modus operandi* purement administratif. Alors que l'institution est quasi exempte de médecins et chirurgiens et que la médicalisation de l'hôpital, quelle que soit la manière de l'envisager, reste tout à fait modeste, toute une série de mesures prises par le Conseil vont cependant nettement dans le sens de la constitution d'un hôpital adéquat à la médecine anatomo-clinique. Comment ceci s'explique-t-il ? Plutôt que de l'analyser dans les termes de la sociologie des organisations par la prévalence d'un groupe social ou professionnel sur un autre, il nous a semblé que l'on pouvait en rendre compte en

4 Conclusion

considérant l'hôpital comme une co-construction, un lieu – géographique, mais aussi formel, fait de procédures, de théories, d'instruments, etc. – conçu pour servir les objectifs (divergents) de ses parties prenantes, et façonnant en retour leurs démarches et leurs outils (communs).

Du fait de sa composition et des objectifs qui lui furent fixés par le pouvoir, il s'engagea, avec les moyens classiquement mis en œuvre par les administrations, dans l'établissement d'une typologie des situations et des besoins relevant de ses prérogatives. Cette activité, qui avait pour but de rationaliser l'usage des ressources de l'institution, constitue le premier aspect de la façon dont administrateurs et médecins œuvrèrent, pour des motifs différents, à une fin pratique commune : faire du cadre hospitalier une condition de possibilité de la médecine anatomo-clinique. La distinction entre hôpitaux et hospices, l'attribution de la prise en charge médicale aux premiers et de l'assistance aux seconds, permit certainement à la clinique de développer son corpus de connaissances. Les hôpitaux ainsi « pathologisés », fournirent aux médecins une partie de leurs objets : malades, maladies, cadavres. Cependant, cette division entre « malades » et « valides », entre hôpitaux et hospices, ne se fait pas sur des critères uniquement médicaux : la distinction, qui doit séparer ce qui relève de la médecine et ce qui relève de l'assistance, repose toujours essentiellement sur des critères propres à la seconde et intimement liés au système de production et à ses exigences.

L'hôpital, ainsi défini comme cadre répondant à la fois à des problématiques médicales de majoration de la production de connaissance anatomo-clinique, et administratives de maximisation du rendement des ressources dévolues aux questions de santé et d'assistance, produit également des effets fondamentaux à l'échelle des pratiques mêmes. La médecine clinique et la gestion administrative reposant toutes deux sur une utilisation extensive et aussi

4 Conclusion

standard que possible de l'écrit, médecins et administrateurs développèrent des outils communs, qu'ils utilisèrent cependant à des fins différentes. Traités cliniques et règlements administratifs sont exhaustifs et précis dans l'exposé des réquisits de la bonne observation, préalable au diagnostic. Si les administrateurs encouragèrent – et tentèrent de contraindre – les personnels médicaux à mettre en application avec la plus grande rigueur les méthodes de l'anatomo-clinique, c'est que l'extraction d'informations qui en résultait en vue du diagnostic pouvait être détournée à des fins gestionnaires. En fournissant aux médecins et à leurs élèves des modèles de feuilles d'observations, de registres, etc., l'administration disposait d'un moyen efficace et redondant d'information et de contrôle sur ses établissements. Plus encore, la généralisation de l'utilisation de tableaux pour présenter et agréger les données ainsi relevées, les rendant aisément assimilables aux activités comptables, fournit en retour un puissant moyen à la médecine clinique de transformer des successions de cas en séries de cas homogènes *sous un certain rapport*, les rendant justiciables d'un traitement numérique. Cette connaissance fine, individuelle, des malades rendue possible par les « technologies de papier » déployées dans l'espace hospitalier, exigence clinique et administrative, fut également matérialisée par les aspects plus disciplinaires de l'organisation hospitalière. Les procédures tendant à imposer – imparfaitement – un ordre établi et des séparations nettes dans la succession des services, des admissions, et des parcours individuels servent remarquablement un double objectif. Premièrement, elles sont à la fois la traduction des considérations morales et économiques mentionnées plus haut et une manière d'obvier à la critique de Dupont de Nemours considérant les hôpitaux – fusion de pathologies – comme impropres à l'exercice médical. Deuxièmement et plus fondamentalement, elles sont en même temps une base heuristique significative pour une médecine dépourvue de consensus étiologique. En rapprochant les hôpitaux de ce qui pouvait ressembler à un milieu contrôlé, en

4 Conclusion

conférant à chaque malade un lit et un espace thérapeutique propre, l'ordre et la discipline tendaient encore à servir les finalités parallèles des administrateurs et des médecins. L'administration su reprendre des desideratas formulés par le corps médical, tout en encourageant des types d'exercice de la profession adéquats à ses logiques propres, gestionnaires. Un syncrétisme, en somme, dont on peut encore aujourd'hui voir les effets au-delà de l'antienne de l'opposition entre logiques médicales et administratives qui nous est régulièrement présentée autour des conflits hospitaliers.

De là, il nous paraît possible d'avancer que l'hôpital, comme institution médicale et administrative, a joué et joue un rôle à la fois politique et épistémologique, au-delà du pur aspect quantitatif de la fourniture de pathologies et de cadavres d'autopsies. En d'autres termes, il a déployé ses effets simultanément dans la définition et la mise en œuvre de politique de santé et dans la conformation des objets et des pratiques de la médecine. L'hôpital fut le lieu d'une circonscription d'un champ propre, légitime et adéquat à des méthodes, par une médecine en mutation ; cela supposait la définition d'un « malade » et de méthodes d'organisation et d'analyse des données qu'on pouvait en extraire, méthodes écrites et tabulaires, comme nous venons de le voir. Définition qui était également nécessaire, sur le même plan, mais pour des finalités dissemblables, à une direction hospitalière aspirant elle aussi à s'établir en « science » de l'administration : catégoriser, suivre et surveiller les patients était la condition *sine qua non* d'une bonne allocation des ressources dans le schème de la prise en charge par et pour la collectivité de populations aux besoins différenciés. L'hôpital, fruit d'une rationalité partagée entre médecine anatomo-clinique et administration bureaucratique, transformant à son tour leurs moyens et leurs instruments, allait pendant

4 Conclusion

longtemps produire ses effets...

Bibliographie primaire

- Aikin John & Percival Thomas**, 1788. *Observations sur les hopitaux, relatives a leur construction, aux vices de l'air d'hopital, aux moyens d'y remedier ...*, chez Briand.
- Alibert Jean Louis**, 1825. *Description des maladies de la peau. Tome Second*, A. Wahlen.
- Anonyme, an VIII. *Réflexions sur les hôpitaux et particulièrement sur ceux de la Commune de Paris et l'établissement du Mont-de-piété, par un employé du ministère de l'Intérieur*, Paris : impr. de Prault.
- Anonyme, 1785. Manière de traiter les enfants malades dans l'hospice des pauvres enfants trouvés atteints de la maladie vénérienne. *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, 63, pp.479–483.
- Anonyme, 1790. *Nouveau plan de constitution pour la médecine en France présenté a l'Assemblée nationale par la Société royale de médecine*,
- Anonyme, 1801. *Cahier des charges pour le service des hospices de Paris*, Paris : Prault, Imprimeur des Hospices.
- Anonyme, 1808. *Mercure de France*. , 31, p.576.
- Anonyme, 1820. *Collection des différens arrêtés du conseil général et des ordres de l'Administration relatifs au service de la boulangerie...*, Paris : impr. de Mme Huzard.
- Anonyme, 1827. *Archives générales de medecine*.
- Anonyme, 1831. *Almanach royal et national... : présenté à Sa Majesté et aux princes et princesses de la famille royale*, Paris : A. Guyot et Scribe.
- Anonyme, 1850. *Almanach national : annuaire de la République française pour ... présenté au Président de la République*, A. Guyot et Scribe (Paris).
- Anonyme, . *Cahier des charges pour le service des hospices de Paris, divisé en cinq entreprises*.
- Bayle Gaspard Laurent**, 1802. *Considérations sur la nosologie, la médecine d'observation et la médecine pratique suivies de l'histoire d'une maladie gangréneuse non décrite jusqu'à ce jour*. Paris.
- Bayle Gaspard Laurent**, 1812. *Considérations générales sur les secours que l'anatomie pathologique peut fournir à la médecine. Dictionnaire des sciences médicales*, 2, pp.61–79.
- Beaufils**, 1810. *Rapport fait dans la séance du 18 avril 1810 de la société médicale*

Bibliographie primaire

d'émulation de Paris, sur un ouvrage intitulé : Exposé des travaux et observations du Bureau central d'admission aux hôpitaux civils de Paris, pendant les 3 mois dix jours de l'an XIV et l'année 1806, Société médicale d'émulation.

Benoiston de Châteauneuf Louis-François, Parent-Duchâtelet Alexandre-Jean-Baptiste & Villermé Louis René, 1834. *Rapport sur la marche & les effets du choléra-morbus dans Paris & les communes rurales de la Seine. Année 18*, Paris : Imp. royale.

Bichat Xavier, 1801. *Oeuvres chirurgicales, ou exposé de la doctrine et de la pratique de P. J. Desault*, Paris : Méquignon l'aîné.

Biron, Chamseru, Parfait, et al., 1803. *Rapport sur les opérations du Bureau central d'admission dans les hôpitaux, an XIII*, Conseil général d'administration des hospices.

Biron, Chamseru, Parfait, et al., 1809. *Exposé des travaux et observations du Bureau Central d'Admission pendant les 3 mois 10 jours de l'an XIV et l'année 1806.*

Blondel, 1850. *Rapport sur le épidémies cholériques de 1832 et de 1849, dans les établissements dépendant de l'administration générale de l'Assistance publique de la Ville de Paris*, Paris : Paul Dupont.

Bouillaud Jean Baptiste, 1838. *Clinique médicale de l'Hôpital de la Charité*, Soc. typogr. belge.

Brièle Léon, 1881. *Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris. Tome I. Délibérations de l'ancien Bureau de l'Hôtel-Dieu*, Paris : Impr. nationale.

Brièle Léon, 1883. *Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris. Tome II. Délibérations de l'ancien Bureau de l'Hôtel-Dieu*, Paris : Imprimerie nationale.

Buret Eugène, 1840. *De la misère des classes laborieuses en Angleterre et en France. Tome I.*, Paris : Paulin.

Cabanis Pierre Jean Georges, 1790. *Observations sur les hôpitaux*, Paris : Impr. Nationale.

Cabanis Pierre Jean Georges, 1798. *Du degré de certitude de la médecine*, Firmin Didot.

Cabanis Pierre Jean Georges, 1804. *Coup d'œil sur les révolution et sur la réforme de la médecine*, Paris : Crapelet.

Chabrol de Volvic Gilbert-Joseph-Gaspard, Rambuteau Claude Philibert Barthelot & Haussmann Georges Eugène, 1844. *Recherches statistiques sur la ville de Paris et le département de la Seine: recueil de tableaux dressés et réunis d'après les ordres de Monsieur le comte de Chabrol, conseiller d'état, préfet du département. Tome V.*, Imprimerie royale.

Chabrol de Volvic Gilbert-Joseph-Gaspard, Rambuteau Claude Philibert Barthelot & Haussmann Georges Eugène, 1860. *Recherches statistiques sur la ville de Paris et le département de la Seine: recueil de tableaux dressés et réunis d'après les ordres de*

Bibliographie primaire

Monsieur le comte de Chabrol, conseiller d'état, préfet du département. Tome VI.,
Imprimerie royale.

Chambon de Montaux Nicolas, 1787. *Moyens de rendre les hopitaux plus utiles a la nation*, Paris.

Chamousset Claude-Humbert Piarron de, 1783. *Oeuvres complètes de M. de Chamousset. T. 1 / , contenant ses projets d'humanité, de bienfaisance et de patriotisme : précédées de son éloge ; dans lequel on trouve une analyse suivie de ses ouvrages ; par M. l'abbé Cotton Des-Houssayes,...*, Ph.-D. Pierres (Paris).

Chaptal Jean-Antoine, 1893. *Mes souvenirs sur Napoléon / par le Cte Chaptal ; publ. par son arrière-petit-fils le Vte A. Chaptal,...*, Paris : E. Plon, Nourrit.

Chervin Nicolas, 1833. *Pétition adressée à la Chambre des Députés...*, Paris : A. Pinard.

Clavareau Nicolas-Marie, 1805. *Mémoire sur les hôpitaux civils de Paris*, A Paris : de l'impr. de Prault.

Cochin, . *Rapport fait au conseil général des hospices sur le mode d'admission aux hôpitaux et aux hospices civils.*

Colombier Jean & Doublet François, 1785. Observations faites dans le département des hôpitaux civils. *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, 63, pp.1–46 ; 289–359 ; 445–483.

Commission Administrative, . *Compte moral sur la situation des hospices civils, rendu par la Commission administrative de ces mêmes hospices au conseil général d'administration*, Paris : Conseil général d'administration des hospices.

Condorcet Marie-Jean-Antoine de Caritat, 1998 [1795]. *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain, suivi de "Fragment sur l'Atlantide,"* Paris : Flammarion.

Conseil Général d'administration des hospices civils de Paris, 1824. *Code administratif des hôpitaux civils, hospices et secours à domicile de la ville de Paris. Tome II*, Impr. de Madame Huzard.

Conseil Général d'administration des hospices civils de Paris, 1825. *Supplément au Code Administratif des Hospitaux Civils, Hospices et Secours à domicile de la ville de Paris*, Paris : Impr. de Madame Huzard.

Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris, 1802a. Règlement pour l'admission dans les hospices de malades.

Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris, 1802b. Règlement pour l'admission dans les hospices.

Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris, 1802c. *Arrêtés et instructions concernant les bureaux de l'administration des hospices*, Paris :

Bibliographie primaire

Imprimerie des Sourds-Muets.

Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris, 1802d. *Code spécial de l'hospice de la Maternité*, Paris : Imprimerie des Sourds-Muets.

Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris, 1818. Règlements des Hôpitaux et hospices civils de Paris, depuis l'installation du conseil général, créé le 27 nivôse an IX jusqu'au 17 juin 1818.

Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris, 1821. *Projet de règlement pour le service de santé dans les hospices et hôpitaux de Paris*, Paris : Impr. de Madame Huzard.

Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris, 1824. *Code administratif des hôpitaux civils, hospices et secours à domicile de la ville de Paris. Tome I*, Impr. de Madame Huzard.

Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris, 1830. *Règlement sur le service de santé des hôpitaux, Hospices et secours à domicile de Paris, approuvé par le Ministre de l'Intérieur le 13 juillet 1830*, Paris : Impr. de Madame Huzard.

Conseil Général d'administration des Hospices Civils de Paris, . *Règlement pour le service de santé dans les hospices de paris*, s.l.n.d.

Conseil Général des Hôpitaux et Hospices Civils de Paris, 1815. *Compte rendu par le conseil général des hôpitaux et hospices civils de Paris, du service de ses établissements pendant le premier semestre 1814 et jusqu'au 1er janvier 1815, et de l'emploi des dons faits par les habitans de Paris*, Paris : Huzard.

Corvisart Jean-Nicolas, 1806. *Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux, extrait des leçons cliniques*, H. Nicolle et C. gnie libraires.

Corvisart Jean-Nicolas, 1989 [1806]. *Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux*, Paris : L. Pariente.

Cullerier Michel, 1802. *Notes historiques sur les hôpitaux établis à Paris, pour traiter la maladie vénérienne*, Paris.

D'Arcet & Parent-Duchâtelet Alexandre-Jean-Baptiste, 1831. De l'influence et de l'assainissement des salles de dissection. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1(5), pp.243–329.

Delessert Gabriel, 1844. *Collection officielle des ordonnances de police depuis 1800 jusqu'à 1844*, Paris : P. Dupont.

Diderot Denis & Alembert Jean Le Rond d', 1757. *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers ...*, Chez Briasson.

Doublet François, 1793. Expérience (médecine). *Encyclopédie Méthodique*, 6, pp.170–179.

Bibliographie primaire

- Duchanoy Claude-François**, 1806. *Rapport fait au CGH sur les travaux du BCA pendant l'an XIII*, Paris : Imprimerie des hospices civils.
- Duchanoy Claude-François**, 1814. *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 : Di l'aîné.
- Duchanoy Claude-François**, . *Projet d'organisation médicale, par le Cen Duchanoy,...*
- Duchanoy Claude-François & Jumelin Jean-Baptiste**, 1778. Mémoire sur l'utilité d'une École Clinique en Médecine. In *Observations sur la physique, sur l'histoire naturelle et sur les arts*. Paris, , pp. 477–486.
- Dupont de Nemours Pierre-Samuel**, 1786. *Idées sur les secours à donner aux pauvres malades dans une grande ville*, Paris : chez Moutard.
- Dupuytren Guillaume**, 1802. Extrait d'un mémoire sur l'anatomie pathologique, lu à l'école de Médecine de Paris, par le citoyen Dupuytren. *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, (4), pp.575–583.
- Dupuytren Guillaume**, 1834. *Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre*, Paris : Baillière.
- Duvergier Jean-Baptiste**, 1836. *Collection complète des lois, décrets, ordonnances, réglemens avis du Conseil d'état...*, Paris : A. Guyot et Scribe.
- Flourens Pierre**, 1862. Éloge historique de Jean-Antoine Chaptal, lu dans la séance publique du 28 décembre 1835. In *Recueil des éloges historiques lus dans les séances publiques de l'Académie des Sciences*. Paris : Garnier, , pp. 161–200.
- Foissac Pierre**, 1832. *Rapports et discussions de l'Académie royale de médecine sur le magnétisme animal*, Paris : J. B. Baillière.
- Frochot Nicolas Thérèse Benoit**, 1801. Discours du Préfet du département de la Seine, En prononçant l'installation du Conseil général d'administration des Hospices civils de Paris, le 5 ventôse an 9.
- Gasparin Adrien**, 1837. *Rapport au roi sur les hôpitaux, les hospices et les services de bienfaisance*, Paris : Impr. royale.
- Gérando Joseph-Marie de**, 1839. *De la bienfaisance publique*, Paris : Jules Renouard.
- Greco Antonio**, 1830. Coup d'œil sur les hôpitaux et l'enseignement médical en Italie, à Vienne, à Paris et à Londres. *Gazette médicale de Paris*, 1(1), pp.49–53.
- Guillotin Joseph-Ignace & Comité de Salubrité**, 1791. Projet de décret sur l'enseignement et l'exercice de l'art de guérir, présenté au nom du Comité de Salubrité. *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, (89), pp.3–72.
- Jadelot Jean François Nicolas**, 1806. Description topographique de l'hôpital des enfants

Bibliographie primaire

- malades. *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, 11, pp.115–127.
- Jourdan P**, 1837. *Notice sur l'Hôpital de la Charité de Paris*, Chez Mme. Huzard.
- Laënnec René-Théophile-Hyacinthe**, 1828. *Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur (Nouv. éd.) / par R.-T.-H. Laënnec... ; publ. par les soins du Dr C.-J.-B. Comet ; augm. d'une Notice historique sur Laënnec réd. par M. Bayle*, Bruxelles : Librairie médicale et scientifique.
- Landré-Beauvais Augustin Jacob**, 1818. *Séméiotique, ou Traité des signes des maladies*, J.A. Brosson.
- Larrey Dominique Jean**, 1830. *Clinique de l'Hôpital du Gros-Cailou: rapport chirurgical sur les dernières journées de juillet 1830*, Paris.
- Lassone, Daubenton, Tenon, et al.**, 1788. Rapport des Commissaires chargés, par l'Académie, de l'examen du Projet d'un nouvel Hôtel-Dieu. In *Histoire de l'Académie royale des sciences*. Paris : Imprimerie royale, , pp. 1–110.
- Leroux Jean-Jacques**, 1810. *Discours prononcé le 23 juin 1810, sur la tombe de Monsieur Thouret, doyen de la Faculté de médecine de Paris, par J. J. Leroux, professeur de clinique interne*, Paris : Migneret.
- Louis Pierre Charles Alexandre**, 1825. *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie*, Paris : Gabon.
- Louis Pierre Charles Alexandre**, 1826. *Mémoires, ou Recherches anatomico-pathologiques sur diverses maladies*, Paris : Chez Gabon et Compagnie, libraires.
- Louis Pierre Charles Alexandre**, 1834. *An Essay on Clinical Instruction*, London : published by S. Highley, 32, Fleet Street.
- Louis Pierre Charles Alexandre**, 1835. *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*, Paris : J.B. Baillière.
- M.***, Médecin**, 1756a. Lettre à l'Auteur du Journal, sur l'usage que l'on doit faire des Observations en Médecine. *Recueil périodique d'observations de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, (4), pp.19–37.
- M.***, Médecin**, 1756b. Plan qui pourroit servir de modèle aux Médecins & aux Chirurgiens pour bien observer. *Recueil périodique d'observations de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, (4), pp.37–45.
- La Mare Nicolas de**, 1705. *Traité de la police, où l'on trouvera l'histoire de son établissement, les fonctions et les prerogatives de ses magistrats; toutes les loix et tous les reglemens qui la concernent... Tome premier*, Paris : J. et P. Cot.
- Marx Mardochée**, 1827. *Chirurgie clinique de l'Hôtel-Dieu. Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologiques, et de clinique chirurgicale: ou, Recueil de mémoires et d'observations sur la chirurgie, et sur l'anatomie et la physiologie considérées dans*

Bibliographie primaire

les tissus sains et les tissus malades, 4(1), pp.102–123.

Ménière Prosper, 1830. *L'Hôtel-Dieu de Paris en juillet et août 1830 : histoire de ce qui s'est passé dans cet hôpital pendant et après les trois grandes journées, suivie de détails sur le nombre, la gravité des blessures et les circonstances qui les ont rendues fatales : Ménière, Prosper, 1799-1862 : Free Download & Streaming : Internet Archive*, Paris : Charles Heideloff.

Métral Antoine, 1833. *Description naturelle, morale et politique du choléra-morbus à Paris*, Paris : Didot.

Moheau, 1778. *Recherches et considérations sur la population de la France*, Paris : Moutard.

Nicaise, 1877. *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 : Germer Baillière et Cie.

Panckoucke Charles-Louis-Fleury, 1812. *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris : C. L. F. Panckoucke.

Parmentier Antoine Augustin, 1803. *Code pharmaceutique à l'usage des hospices civils, des secours à domicile, et des prisons*, Paris : Mequignon.

Pastoret Claude Emmanuel Joseph, 1816. *Rapport fait au Conseil Général des Hospices, par un de ses membres, sur l'état des hôpitaux, des hospices, et des secours à domicile, à Paris, depuis le 1er janvier 1804 jusqu'au 1er janvier 1814.*, Paris : Imprimerie de Madame Huzard.

Perrot Aristide-Michel & Dulaure Jacques-Antoine, 1824. *Panorama de la ville de Paris*.

Pinel Philippe, 1804. *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse: ou, Recueil et résultat d'observations sur les maladies aiguës, faites à la Salpêtrière*, J.A. Brosson.

Pinel Philippe, 1807. Résultats d'observations et construction des tables pour servir à déterminer le degré de probabilité de la guérison des aliénés. In *Mémoires de la Classe des Sciences Mathématiques et Physiques de l'Institut de France*. Baudouin, , pp. 169–205.

Pinel Philippe, 1809. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* 2e édition., Paris : J.A. Brosson.

Pinel Philippe, 1815. *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse*, chez J.A. Brosson.

Pinel Philippe & Bricheteau Isidore, 1812. Observation (histoire des maladies). *Dictionnaire des sciences médicales*, 37, pp.29–48.

Pinel Philippe & Weiner Dora B., 1980 [1793]. *The Clinical training of doctors : an essay of 1793 : (Mémoire sur cette question proposée pour sujet d'un prix par la Société de*

Bibliographie primaire

médecine " Déterminer quelle est la meilleure manière d'enseigner la médecine pratique dans un hôpital), Baltimore : Johns Hopkins University Press.

Ratier Félix Séverin, 1827b. *Formulaire pratique des hopitaux civils de Paris, ou recueil des prescriptions médicamenteuses employés par les médecins et chirurgiens de ces établissements*, Bailliere.

Rostan Leon, 1826. *Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques*, Béchet Jeune.

Société de pharmacie de Paris, 1840. *Journal de pharmacie et des sciences accessoires*, Paris : Louis Colas.

Tenon Jacques, 1788. *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris : chez Royez, libraire.

Testu Laurent-Étienne, 1793. *Almanach national de France ...*, Paris : Testu.

Testu Laurent-Étienne, 1805. *Almanach impérial... : présenté à Sa Majesté l'Empereur par Testu*, Paris : Testu.

Testu Laurent-Étienne, 1815. *Almanach royal... : présenté à Sa Majesté par Testu*, A. Guyot et Scribe (Paris).

Thouret Michel-Augustin, 1790. Rapport sur les exhumations du Cimetière et de l'Église des Saints Innocens. In *Histoire de la Société Royale de médecine...*, Avec les *Mémoires de médecine et de physique médicale... tirés des registres de cette société*. Paris : Théophile Barrois le jeune, , pp. 238–271.

Thouret Michel-Augustin, Camus Armand & Duquesnoy Adrien, 1803. *Rapports au Conseil général des hospices, sur les hôpitaux et hospices, les secours à domicile, la direction des nourrices*, Paris : Imprimerie des hospices civils.

Tissot Samuel A. D., 1785. *Essai Sur Les Moyens De Perfectionner Les Études De Médecine*, Flick.

Trébuchet Adolphe, 1849. Statistique des décès dans la ville de Paris, depuis 1809. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, (42), pp.350–388.

Trébuchet Adolphe, 1850a. Statistique des décès dans la ville de Paris, depuis 1809. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, (44), pp.71–125.

Trébuchet Adolphe, 1850b. Statistique des décès dans la ville de Paris, depuis 1809. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, (43), pp.5–49.

Trélat Ulysse, 1866. Des hôpitaux. Assistance et Hygiène. In *Annuaire scientifique*. Paris : Victor Masson, , pp. 332–364.

Trélat Ulysse, 1877. *L'assistance Hospitalière à Paris à propos d'un projet de suppression du Bureau Central*, Paris : Germer Baillère et Cie.

Bibliographie primaire

- Tzonis A**, 1977. Un mémoire sur les hôpitaux de Condorcet. *Dix-Huitième siècle*, (9), pp.109–114.
- Vée**, 1849. *Du paupérisme et des secours publics dans la ville de Paris*.
- Watteville Ad. de**, 1847. *Législation charitable; ou, Recueil des lois, arrêtés, décrets, ordonnances royales, avis du Conseil d'État, circulaires, décisions et instructions des ministres de l'intérieur et des finances, arrêts de la Cour des comptes, etc., etc*, Cotillon.
- Zimmermann Johann Georg**, 1774. *Traité de l'expérience en général, et en particulier dans l'art de guérir*, Paris : chez Vincent.

Bibliographie secondaire

- Ackerknecht Erwin Heinz**, 1948. Anticontagionism between 1821 and 1867: The Fielding H. Garrison Lecture. *Bulletin of the History of Medicine*, 22(1), pp.562–593.
- Ackerknecht Erwin Heinz**, 1958. *La médecine à Paris entre 1800 et 1850*, Paris : Palais de la Découverte.
- Ackerknecht Erwin Heinz**, 1986. *La médecine hospitalière à Paris : 1794-1848*, Paris : Payot.
- Administration générale de l'assistance publique**, 1949. *Cent ans d'assistance publique à Paris, 1849-1949*, Paris : Administration générale de l'assistance publique.
- Anonyme, 1815. *Biographie moderne, ou galerie historique, civile, militaire, politique et judiciaire: contenant les portraits politiques des Français de l'un et de l'autre sexe, morts ou vivans...*, Paris : Alexis Eymery et Delaunay.
- Antonetti Guy**, 2007a. *Les ministres des Finances de la Révolution française au Second Empire. II, dictionnaire biographique 1814-1848*, Paris : Comité pour l'histoire économique et financière de la France.
- Antonetti Guy**, 2007b. *Les ministres des Finances de la Révolution française au Second Empire. I, dictionnaire biographique 1791-1814*, Paris : Comité pour l'histoire économique et financière de la France.
- Ariès Philippe**, 1975 [1960]. *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Seuil.
- Ariès Philippe**, 1977. *L'homme devant la mort. II, La mort ensauvagée*, Paris : Éditions du Seuil.
- Ariès Philippe**, 1979 [1948]. *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII^e siècle*, Paris : Seuil.
- Armitage P.**, 1983. Trials and Errors: The Emergence of Clinical Statistics. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (General)*, 146(4), pp.321–334.
- Arnault Antoine-Vincent, Jay Antoine, Jouy Etienne de, et al.**, 1824. *Biographie nouvelle des contemporains...*, Paris : Librairie historique.
- Arzalier Jean-Jacques**, 2010. Les services de santé face à la guerre de Crimée (1854-1856). Étude comparative de la prise en charge sanitaire des armées britanniques et française en Orient. In *La santé des populations civiles et militaires : nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*. Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, , pp. 151–175.
- Aulard François-Alphonse**, 1906. *Paris sous le Consulat. Tome III, Du 1er Floréal an X au*

Bibliographie secondaire

- 27 *Germinal an XI (21 avril 1802 - 17 avril 1803)*, Paris : Cerf, Noblet, Quantin.
- Bacon Francis**, 1991 [1605]. *Du progrès et de la promotion des savoirs*, Paris : Gallimard.
- Barillé Claire**, 2007. *Soigner et guérir : des hôpitaux pour les travailleurs parisiens dans le second XIX^e siècle*. Thèse de doctorat. [S.l.] : Université de Paris-Nanterre.
- Barillé Claire**, 2010. L'hôpital à Paris dans les quartiers populaires. In *La santé des populations civiles et militaires : nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*. Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, , pp. 209–218.
- Barry Jonathan & Jones Colin**, 1991. *Medicine and charity before the welfare state*, London : Routledge.
- Bazin Hervé**, 2001. Les membres du comité central de vaccine, , une poignée d'hommes qui ont bien mérité de leur patrie, et même de l'humanité. *Bulletin De l'Académie Nationale De Médecine*, 185(4), pp.749–765.
- Beauvalet-Boutouyrie Scarlett**, 1999. *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Paris : Belin.
- Beauvalet-Boutouyrie Scarlett**, 2003. La mise en place des hôpitaux pour enfants malades à Paris (fin XVIII^e-début XIX^e siècle). *Histoire, économie et société*, 22(4), pp.487–498.
- Belmas Elisabeth**, 2010. L'admission à l'Hôtel royal des Invalides (1670-1791): facteurs sociaux et démographiques. In *La santé des populations civiles et militaires : nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*. Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, , pp. 51–72.
- Belmas Elisabeth & Nonnis Vigilante Serenella**, 2010. *La santé des populations civiles et militaires : nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*, Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Bercé Yves-Marie**, 1984. *Le chaudron et la lancette : croyances populaires et médecine préventive (1798-1830)*, Paris : Presses de la Renaissance.
- Berg Marc & Bowker Geoffrey**, 1997. The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward a Sociology of an Artifact. *The Sociological Quarterly*, 38(3), pp.513–537.
- La Berge Ann**, 1975. The Paris health council, 1802-1848. *Bulletin of the History of Medicine*, 49(3), pp.339–352.
- La Berge Ann**, 1992. *Mission and method : the early nineteenth-century French public health movement*, Cambridge, (N.Y.) : Cambridge university press.
- La Berge Ann**, 1994. Medical Microscopy in Paris, 1830-1855. In *French medical culture in the nineteenth century*. Amsterdam : Rodopi, , pp. 296–326.
- La Berge Ann**, 1998. Dichotomy or Integration? Medical Microscopy and the Paris Clinical Tradition. In *Constructing Paris medicine*. Amsterdam : Rodopi, , pp. 275–312.

Bibliographie secondaire

- La Berge Ann**, 2004. Debate as Scientific Practice in Nineteenth-Century Paris: The Controversy Over the Microscope. *Perspectives on Science*, 12(4), pp.424–453.
- La Berge Ann**, 2005. Medical Statistics at the Paris School: What Was at Stake? In *Body counts : medical quantification in historical and sociological perspective*. Montréal : Publié pour Fondation Mérieux par McGill-Queen's University Press, , pp. 89–108.
- Bergeron Louis, Léonard Jacques & Darquenne Roger**, 1977. Médecins et notables sous le Consulat et l'Empire. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 32(5), pp.858–865.
- Bernard Jean, Lemaire Jean-François & Larcen Alain**, 1995. *L'acte de naissance de la médecine moderne : la création des écoles de santé : Paris, 14 frimaire an III, 4 décembre 1794*, Le Plessis-Robinson.
- Bezes Philippe & Join-Lambert Odile**, 2010. Comment se font les administrations : analyser des activités administratives constituantes. *Sociologie du Travail*, 52(2), pp.133–150.
- Biraben**, 1973. Essai sur la statistique des causes de décès en France sous la Révolution et l'Empire. In *Hommage à Marcel Reinhard: Sur la population française au XVIIIe et au XIXe siècles*. Société de démographie historique, , pp. 59–70.
- Bloch Camille**, 1974 [1908]. *L'assistance et l'Etat en France à la veille de la Révolution : généralités de Paris, Rouen, Alençon, Orléans, Châlons, Soissons, Amiens : 1764-1790*, Genève : Slatkine-Megariotis Reprints.
- Bloch Camille & Tuetey Alexandre**, 1911. *Procès-verbaux et rapports du Comité de mendicité de la Constituante (1790-1791)*, Paris : Imprimerie nationale.
- Boinet Françoise**, 1945. *Le Lit d'Hôpital en France. Etude historique*. Thèse de Médecine. Paris.
- Bonde Amédée**, 1906. *Le Domaine des hospices de Paris, depuis la Révolution jusqu'à la troisième République, par Amédée Bonde,...* Préface de M. G. Mesureur,..., Paris : Berger-Levrault.
- Bonner Thomas Neville**, 2000. *Becoming a physician : medical education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945*, Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Borsa Serge & Michel Claude-René**, 1985. *La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIX^e siècle*, Paris : Hachette.
- Boulle Lydie**, 1980. La médicalisation des hôpitaux parisiens dans la première moitié du XIX^e siècle. In *La médicalisation de la société Française*. Paris : P.U.F, , pp. 33–44.
- Boulle Lydie**, 1986. *Hôpitaux parisiens, malades et maladies à l'heure des révolutions*. Paris : EPHE, IV^e section.
- Bourdelaïs Patrice**, 2001. *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques, XVIII^e-XX^e siècles*, Paris : Belin.

Bibliographie secondaire

- Bourdelaïs Patrice**, 2003. *Les épidémies terrassées : une histoire de pays riches*, Paris : Éd. de La Martinière.
- Bourdelaïs Patrice**, 2005. Les bureaux d'hygiène municipaux (1879-1900). Connaître, décider, innover, assister, convaincre et diffuser. In *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII^e - XX^e siècles)*. Paris : Belin, , pp. 267–284.
- Bourdelaïs Patrice**, 2007. L'échelle pertinente de la santé publique au XIX^e siècle: nationale ou municipale ? *Sève*, (14), pp.45–52.
- Bourdelaïs Patrice & Dodin André**, 1987. *Visages du choléra*, Paris : Belin.
- Bourdelaïs Patrice & Faure Olivier**, 2004. *Les nouvelles pratiques de santé : acteurs, objets, logiques sociales (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris : Belin.
- Bourdelaïs Patrice & Raulot Jean-Yves**, 1987. *Une peur bleue. Histoire du choléra en France 1832-1854*, Paris : Payot.
- Bouvet Maurice**, 1939. Les origines de l'hôpital du Val-de-Grâce et ses premiers pharmaciens (de 1793 à 1815). *Revue d'histoire de la pharmacie*, 27(107), pp.125–146.
- Le Bras Hervé**, 2000. *Naissance de la mortalité : l'origine politique de la statistique et de la démographie*, Paris : Gallimard.
- Braudel Fernand & Labrousse Ernest**, 1993. *Histoire économique et sociale de la France. Tome III, 1789-années 1880 : l'avènement de l'ère industrielle*, Paris : PUF.
- Bréchat Pierre-Henri, Leenhardt Antoine & Mathieu-Grenouilleau Marie-Christine**, 2010. Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique. , 22(5), pp.571–580.
- Brièle Léon**, 1870. *Notes pour servir à l'histoire de l'Hôtel-Dieu de Paris*, Paris : E. Thorin.
- Brockliss Laurence**, 1989. L'enseignement médical et la Révolution. Essai de réévaluation. *Histoire de l'éducation*, 42(1), pp.79–110.
- Brockliss Laurence**, 1995. Medical Reform, the Enlightenment and Physician-Power in Late Eighteenth Century France. In *Medicine in the Enlightenment*. Amsterdam : Rodopi, , pp. 64–111.
- Brockliss Laurence & Jones Colin**, 1997. *The medical world of early modern France*, Oxford : Clarendon press.
- Brondel Nicole**, 2008. L'Almanach royal, national, impérial : quelle vérité, quelle transparence ? (1699-1840). *Bibliothèque de l'Ecole des Chartes*, 166(1), pp.15–87.
- Bru Paul**, 1890. *Histoire de Bicêtre*, Paris : Lecrosnier et Babé.
- Bueltzingsloewen Isabelle von**, 1997. *Machines à instruire, machines à guérir : les hôpitaux*

Bibliographie secondaire

- universitaires et la médicalisation de la société allemande : 1730-1850*, Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Buisson Ferdinand**, 1911. *Nouveau dictionnaire de pédagogie et d'instruction primaire*, Lyon : Institut national de recherche pédagogique.
- Burdeau François**, 1989. *Histoire de l'administration française : du 18e au 20e siècle*, Paris : Montchrestien.
- Bynum William F & Porter Roy**, 1993. *Medicine and the five senses*, Cambridge : Cambridge University Press.
- Cadoux Gaston**, 1900. *Les finances de la ville de Paris de 1798 à 1900*, Paris : Berger-Levrault.
- Du Camp Maxime**, 1870. Les Hôpitaux de Paris et le nouvel Hôtel-Dieu. *Revue des deux mondes*, 88, pp.513–547.
- Canguilhem Georges**, 1981. *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie: Nouvelles études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris : Vrin.
- Canguilhem Georges**, 1988. Le statut épistémologique de la médecine. *History and Philosophy of the Life Sciences*, 10, pp.15–29.
- Carlino Andrea & Jeanneret Michel**, 2009. *Vulgariser la médecine : du style médical en France et en Italie, XVI^e et XVII^e siècles*, Genève : Droz.
- Carol Anne**, 2004. *Les médecins et la mort : XIX^e-XX^e siècle*, Paris : Aubier.
- Carter Kay Codell**, 1981. Semmelweis and his predecessors. *Medical History*, 25(1), pp.57–72.
- Carter Kay Codell**, 1982. Nineteenth-century treatments for rabies as reported in the Lancet. *Medical History*, 26(1), pp.67–78.
- Carter Kay Codell**, 2003. *The rise of causal concepts of disease : case histories*, Aldershot, Hants, England : Ashgate.
- Castel Robert**, 1976. *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris : Éditions de Minuit.
- Castel Robert**, 1999. *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Gallimard.
- Cavallo Guglielmo & Chartier Roger**, 2001. *Histoire de la lecture dans le monde occidental*, Paris : Seuil.
- Cavallo Sandra**, 1995. *Charity and power in early modern Italy: benefactors and their motives in Turin, 1541-1789*, Cambridge University Press.

Bibliographie secondaire

- Chalmers Alan Francis**, 1990. *Qu'est-ce que la science ?*, Paris : Librairie générale française.
- Chamayou Grégoire**, 2008. *Les corps vils : expérimenter sur les êtres humains aux XVIII^e et XIX^e siècles*, Paris : La Découverte.
- Chappey Jean-Luc**, 2004. Enjeux sociaux et politiques de la « vulgarisation scientifique » en Révolution (1780-1810). *Annales historiques de la Révolution française*, 338, pp.11–51.
- Chast François**, 1999. Le budget des hôpitaux de Paris en 1848 : De la bienfaisance au soin. *Revue d'histoire de la pharmacie*, 87(324), pp.433–442.
- Chast François**, 2002. *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris : La Découverte.
- Chast François, Julien Pierre & Loygue Jean**, 1995. *Cinq siècles de pharmacie hospitalière : 1495-1995*, Paris : Éd. Hervas.
- Cheminade Christian**, 1993. Architecture et médecine à la fin du XVIII^e siècle : la ventilation des hôpitaux, de l'Encyclopédie au débat sur l'Hôtel-Dieu de Paris. *Recherches sur Diderot et sur l'Encyclopédie*, 14(1), pp.85–109.
- Chevalier Louis**, 2007 [1958]. *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIX^e siècle*, Paris : Perrin.
- Des Cilleuls Alfred**, 1900. *Histoire de l'administration parisienne au XIX^e siècle. I. 1800-1830*, Paris : Champion.
- Clarke Jack A.**, 1964. Turgot's Critique of Perpetual Endowments. *French Historical Studies*, 3(4), pp.495–506.
- Claustre Pierre-François**, 2001. L'octroi de Paris (1798-1943) : bilan historiographique et perspectives de recherche. *Recherches contemporaines*, (6), pp.299–316.
- Colgrove James**, 2002. The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence. *American Journal of Public Health*, 92(5), pp.725–729.
- Comité d'histoire du Service de santé**, 1982. *Histoire de la médecine aux armées*, Paris : Lavauzelle.
- Commission du Vieux Paris**, 1907. Liste des médecins, chirurgiens, ophtalmologistes, directeurs et économistes de l'hôpital des Enfants-Malades, depuis sa création, 1802, jusqu'en 1908. In *Procès-verbaux / Commission municipale du Vieux Paris*. Paris : Imprimerie municipale, , pp. 409–410.
- Contrepois Alain**, 2004. Antisepsie. *Dictionnaire de la pensée médicale*, p.1270.
- Corbin Alain**, 2008 [1982]. *Le miasme et la jonquille : L'odorat et l'imaginaire social aux XVIII^e et XIX^e siècles*, Flammarion.

Bibliographie secondaire

- Corlieu Auguste**, 1901. *Les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris du XV^e au XIX^e siècle*, Paris : F. Levé.
- Coste Joël**, 2010. Les registres hospitaliers d'admission, des sources pour l'épidémiologie historique de l'époque moderne. Leçons tirées de l'étude du registre de l'Hôtel royal des Invalides (1670-1791). In *La santé des populations civiles et militaires : nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*. Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, , pp. 35–50.
- Coury Charles**, 1968. *L'enseignement de la médecine en France : des origines à nos jours*, Paris : Expansion scientifique française.
- Coury Charles**, 1969. *Un centre millénaire de soins, d'enseignement et de recherche : l'Hôtel-Dieu de Paris*, Paris : s. n.
- Couturier Daniel, David Georges, Lecourt Dominique, et al.**, 2009. *La mort de la clinique ?*, Paris : Presses universitaires de France.
- Crombie Alistair**, 2008. Style et tradition de la science occidentale. In *L'histoire des sciences : méthodes, styles et controverses*. Paris : J. Vrin, , pp. 273–286.
- Crozier Michel**, 1971. *Le phénomène bureaucratique*, Seuil.
- Damon Julien**, 2003. Cinq variables historiques caractéristiques de la prise en charge des « SDF ». *Déviance et Société*, 27, p.25.
- Darmon Pierre**, 1982. Les vols de cadavres et la science. *L'histoire*, (48), pp.30–37.
- Darmon Pierre**, 1985. *La longue traque de la variole : les pionniers de la médecine préventive*, Paris : Perrin.
- Daston Lorraine**, 1987. The Domestication of Risk: Mathematical Probability and Insurance 1650-1830. In *The probabilistic revolution. Volume 1, Ideas in history*. Cambridge (Mass.), London : MIT press, , pp. 237–260.
- Daston Lorraine**, 1999. Objectivity versus Truth. In *Wissenschaft als kulturelle Praxis, 1750-1900*. Vandenhoeck & Ruprecht, , pp. 17–32.
- Daston Lorraine & Galison Peter**, 1992. The Image of Objectivity. *Representations*, (40), pp.81–128.
- Dauphin Alain, Pradeau Dominique & Lafont Olivier**, 1995. *La pharmacie hospitalière dans les hôpitaux de Paris :*, Reims : Boehringer Ingelheim France.
- Degos Jean-Guy**, 1998. *Histoire de la comptabilité*, Paris : Presses universitaires de France.
- Delamare Jean & Delamare-Riche Thérèse**, 1990. *Le grand renfermement : histoire de l'hospice de Bicêtre 1657-1974*, Paris : Maloine.
- Delaporte François**, 1990. *Le savoir de la maladie : essai sur le choléra de 1832 à Paris*,

Bibliographie secondaire

Paris : Presses universitaires de France.

- Delaunay Paul**, 1906. *Le monde médical parisien au dix-huitième siècle*, Paris : Librairie médicale et scientifique Jules Rousset.
- Delaunay Paul**, 1933. *Le Corps médical et le choléra en 1832*, Tours : Impr. Tourangelle.
- Démier Francis, Barillé Claire & Servais Sandie**, 2007. *Les maux et les soins : médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, Paris : Action artistique.
- Desrosières Alain**, 1993. *La politique des grands nombres : histoire de la raison statistique*, Paris : La Découverte.
- Desrosières Alain**, 2005. Décrire l'État ou explorer la société : les deux sources de la statistique publique. *Genèses*, 58(1), pp.4–27.
- Dewerpe Alain**, 1998. *Le monde du travail en France : 1800-1950*, Paris : A. Colin.
- Dhombres Nicole & Dhombres Jean**, 1989. *Naissance d'un pouvoir : sciences et savants en France (1793-1824)*, Paris : Payot.
- Dinet-Lecomte Marie-Claude**, 2005. *Les soeurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles : la charité en action*, Paris : H. Champion.
- Dinges Martin**, 2004. Social History of Medicine in Germany and France in the Late Twentieth Century: From the History of Medicine toward a History of Health. In *Locating medical history : the stories and their meanings*. Baltimore : Johns Hopkins University Press, , pp. 209–236.
- Domin Jean-Paul**, 1998. *Les dépenses hospitalières entre 1803 et 1993, dynamique hospitalière et cycles longs*. Thèse de doctorat. Paris : Université Panthéon-Sorbonne (Paris).
- Domin Jean-Paul**, 2007. Propriété immobilière contre patrimoine financier dans le financement des hôpitaux au XIX^e siècle. *Entreprises et histoire*, 49(4), p.9.
- Donzelot Jacques**, 2005 [1977]. *La police des familles*, Paris : Les Éditions de Minuit.
- Doron Claude-Olivier**, 2011. *Race et dégénérescence : l'émergence des savoirs sur l'homme anormal*. Thèse de doctorat. Paris : Paris 7 Denis Diderot.
- Dreyfus Ferdinand**, 1903. *La Rochefoucauld-Liancourt, 1747-1827 : un philanthrope d'autrefois*, Paris : Plon.
- Dreyfus Françoise**, 2000. *L'invention de la bureaucratie : servir l'Etat en France, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, XVIII^e-XX^e siècle*, Paris : la Découverte.
- Duffin Jacalyn**, 1986. Gaspard Laurent Bayle (1774-1816) et son legs scientifique: au delà de l'anatomie pathologique. *Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine/Canadian Bulletin of Medical History*, 3(2), pp.167–184.

Bibliographie secondaire

- Dupâquier Jacques**, 1988. *Histoire de la population française. 3, De 1789 à 1914*, Paris : Presses universitaires de France.
- Dupont Michel**, 1999. *Dictionnaire historique des médecins célèbres : répertoire chronologique et géographique*, Paris : Michel Dupont.
- Duprat Catherine**, 1993. *Le temps des philanthropes : la philanthropie parisienne des Lumières à la Monarchie de Juillet. Tome 1*, Paris : Éd. du CTHS.
- Duprat Catherine**, 1997. *Usage et pratiques de la philanthropie : pauvreté, action sociale et lien social, à Paris, au cours du premier XIX^e siècle. Volume II*, Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale.
- Durand-Fardel Raymond**, 1903. *L'Internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris : centenaire de l'internat, 1802-1902*, Paris : G. Steinheil.
- Elsa Bolado & Lluís Argemí**, 2005. Jean Antoine Chaptal: from chemistry to political economy. *European Journal of the History of Economic Thought*, 12(2), pp.215–239.
- Emch-Deriaz Antoinette**, 1987. L'enseignement clinique au XVIII^e siècle: l'exemple de Tissot. *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin Canadien d'histoire de la médecine*, 4(1), pp.145–164.
- Emch-Deriaz Antoinette**, 1992. A propos De l'expérience en médecine de Zimmermann. *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin Canadien d'histoire de la médecine*, 9(1), pp.3–15.
- Engelhardt H.**, 1985. Typologies of Diseases : Nosologies Revisited. In *Logic of Discovery and Diagnosis in Medicine*. Berkeley : University of California press, , pp. 56–71.
- Ermakoff Antoine**, 2005. *L'état et la santé publique aux XVII^e et XVIII^e siècles à travers le mémoire sur les hôpitaux de Paris de Jacques Tenon de 1788*. Paris : Paris 7 Denis Diderot.
- Fagot-Largeault Anne**, 1989. *Les causes de la mort, histoire naturelle et facteurs de risque*, Paris : J. Vrin.
- Farge Arlette**, 1977. Les artisans malades de leur travail. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 32(5), pp.993–1006.
- Faure Olivier**, 1977. Physicians in Lyon during the Nineteenth Century: An Extraordinary Social Success. *Journal of Social History*, 10(4), pp.508–523.
- Faure Olivier**, 1981. *Genèse de l'hôpital moderne : les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Paris : Éditions du C.N.R.S.
- Faure Olivier**, 1984. Le rôle de la mutualité dans l'essor des soins, 1850-1914. *Prévenir*, (9), pp.69–74.
- Faure Olivier**, 1993. *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris : Belin.

Bibliographie secondaire

- Faure Olivier**, 1994. *Histoire sociale de la médecine*, Paris : Anthropos.
- Faure Olivier**, 2004. Les relations médecin-malade à l'époque moderne et contemporaine (XVII^e /XVIII^{es}.): questions, sources, méthodes et hypothèses des historiens. In *La relation medecin-patient*. Séminaire du Réseau Interdisciplinaire Santé, Éthique et Société de l'Université Lyon 3. Lyon, février 2004.
- Faure Olivier**, 2010. Naissance et premiers développements des cliniques et hôpitaux privés en France (XIX^e-début XX^e siècle). In *La santé des populations civiles et militaires : nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVIIe-XVIIIe siècles*. Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, , pp. 261–275.
- Faure Olivier, Dessertine Dominique, Milan Jean-Jacques, et al.**, 1991. *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^e et XX^e siècles*, Lyon : Université Lyon 2.
- Febvre Lucien**, 1956. Pour l'histoire d'un sentiment : le besoin de sécurité. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 11(2), pp.244–247.
- Felkay Christian**, 2005. *Les bureaux de bienfaisance à Paris de 1796 à 1860*. mémoire pour le DEA d'histoire de l'art, culture et société. Paris : Paris X Nanterre.
- Felkay Christian**, 2011. *Les bureaux de bienfaisance parisiens de 1796 à 1860*. Thèse pour le doctorat d'histoire moderne et contemporaine. Paris : Paris X Nanterre.
- Fierro Alfred**, 1996. *Histoire et dictionnaire de Paris*,
- Finzsch Norbert & Jütte Robert**, 1996. *Institutions of confinement : hospitals, asylums, and prisons in Western Europe and North America , 1500-1950*, Cambridge : CUP.
- Fleck Ludwik**, 2008 [1935]. *Genèse et développement d'un fait scientifique*, Paris : Flammarion.
- Forrest Alan**, 1986. *La Révolution française et les pauvres*, Paris : Perrin.
- Fosseyeux Marcel**, 1912. *L'Hôtel-Dieu de Paris au XVII et au XVIII siècle*, Paris : Berger-Levrault et Cie.
- Foucault Michel**, 1993 [1975]. *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris : Gallimard.
- Foucault Michel**, 1998. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : Gallimard.
- Foucault Michel**, 1999 [1966]. *Les Mots et les choses*, Paris : Gallimard.
- Foucault Michel**, 2001 [1976]. La politique de la santé au XVIII^e siècle. In *Dits et écrits, 1954-1988. II, 1976-1988*. Paris : Gallimard, , pp. 725–742.
- Foucault Michel**, 2001a [1980]. La poussière et le nuage. In *Dits et écrits, 1954-1988. II, 1976-1988*. Paris : Gallimard, , pp. 829–838.

Bibliographie secondaire

- Foucault Michel**, 2001b [1980]. Table ronde du 20 mai 1978. In *Dits et écrits, 1954-1988. II, 1976-1988*. Paris : Gallimard, , pp. 839–853.
- Foucault Michel**, 2001 [1978]. L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne. In *Dits et écrits, 1954-1988. II, 1976-1988*. Paris : Gallimard, , pp. 508–521.
- Foucault Michel**, 2003 [1963]. *Naissance de la clinique*, Paris : Presses universitaires de France.
- Foucault Michel**, 2004a. *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France, 1978-1979* F. Ewald, A. Fontana, & M. Senellart, eds.,
- Foucault Michel**, 2004b. *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France (1977-1978)* F. Ewald, A. Fontana, & M. Senellart, eds.,
- Foucault Michel, Ewald François, Fontana Alessandro, et al.**, 2003. *Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris : Seuil.
- Foucault Michel, Thalamy Anne, Kriegel Blandine, et al.**, 1979 [1976]. *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles : P. Mardaga.
- François Jean**, 1934. *Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine : Sa création-- Ses modifications - sa composition de 1802 à 1935*, Paris : impr. Chaix.
- Frangos John**, 1997. *From housing the poor to healing the sick: the changing institution of Paris hospitals under the old regime and revolution*, Fairleigh Dickinson Univ Press.
- Fressoz Jean-Baptiste**, 2012a. *L'apocalypse joyeuse : une histoire du risque technologique*, Paris : Seuil.
- Fressoz Jean-Baptiste**, 2012b. Le vaccin et ses simulacres : instaurer un être pour gérer une population, 1800-1865. *Tracés*, 2(21), pp.77–108.
- Furet François**, 1971. Le catéchisme révolutionnaire. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 26(2), pp.255–289.
- Furet François**, 1997. *La Révolution française. I, De Turgot à Napoléon, 1770-1814*, Paris : Hachette Littératures.
- Gardey Delphine**, 2008. *Écrire, calculer, classer : comment une révolution de papier a transformé les sociétés contemporaines, 1800-1940*, Paris : Éd. La Découverte.
- Gauchet Marcel & Swain Gladys**, 1980. *La pratique de l'esprit humain : l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris : Gallimard.
- Gelfand Toby**, 1976. The origins of a modern concept of medical specialization: John Morgan's Discourse of 1765. *Bulletin of the History of Medicine*, 50(4), pp.511–535.
- Gelfand Toby**, 1977. A clinical ideal: Paris 1789. *Bulletin of the History of Medicine*, 51(3),

Bibliographie secondaire

pp.397–411.

- Gelfand Toby**, 1980. *Professionalizing modern medicine : Paris surgeons and medical science and institutions in the 18th century*, Westport : Greenwood press.
- Genty Maurice**, 1934. Michel-Augustin Thouret 1749-1810. *Le progrès médical, supplément illustré*, pp.57–62.
- Geremek Bronisław**, 1997. *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du moyen âge à nos jours*, Paris : Gallimard.
- Gillispie Charles Coulston**, 2004a. *Science and polity in France : the end of the old regime*, Princeton : Princeton University Press.
- Gillispie Charles Coulston**, 2004b. *Science and polity in France : the revolutionary and Napoleonic years*, Princeton : Princeton University Press.
- Ginzburg Carlo**, 2010. *Mythes, emblèmes, traces : Morphologie et histoire* édition revue et augmentée., Editions Verdier.
- Goldstein Jan Ellen**, 1997. *Consoler et classifier : l'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson : Synthélabo.
- Goody Jack**, 1978. *La raison graphique : la domestication de la pensée sauvage*, Paris : Les Éditions de Minuit.
- Goody Jack**, 1986. *La logique de l'écriture : aux origines des sociétés humaines*, Paris : A. Colin.
- Goris Albert**, 1920. *Centenaire de l'internat en pharmacie des hôpitaux et Hospices civils de Paris. Histoire documentaire de la pharmacie dans les hôpitaux et hospices civils de Paris de la Révolution à 1918*, Paris : Maretheux.
- Gorz André**, 2004. *Métamorphoses du travail : critique de la raison économique*, Paris : Gallimard.
- Goubert Jean-Pierre**, 1982. *La médicalisation de la société française : 1770-1830*, Waterloo (Ont.) : Historical reflections press.
- Goubert Jean-Pierre & Le Roy Ladurie Emmanuel**, 1986. *La conquête de l'eau : l'avènement de la santé à l'âge industriel*, Paris : R. Laffont.
- Granger Gilles-G.**, 1954. Langue universelle et formalisation des sciences. Un fragment inédit de Condorcet. *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, 7(3), pp.197–219.
- Granshaw Lindsay**, 1989. "Fame and fortune by means of bricks and mortar": the medical profession and specialist hospitals in Britain. In *The Hospital in history*. London and New-York : Routledge, , pp. 199–220.

Bibliographie secondaire

- Granshaw Lindsay & Porter Roy**, 1989. *The Hospital in history*, London : Routledge.
- Greenbaum Louis S.**, 1971. The Commercial Treaty of humanity. La tournée des hôpitaux anglais par Jacques Tenon en 1787. *Revue d'histoire des sciences*, 24(4), pp.317–350.
- Greenbaum Louis S.**, 1973. Scientists and politicians: hospital reform in Paris on the eve of the French Revolution. *Proceedings. Consortium on Revolutionary Europe, 1750-1850*, pp.168–191.
- Greenbaum Louis S.**, 1975. “The Measure of Civilization”: The Hospital Thought of Jacques Tenon on the Eve of the French Revolution. *Bulletin of the History of Medicine*, 49(1), pp.43–56.
- Greenbaum Louis S.**, 1979. Nurses and Doctors in Conflict: Piety and Medicine in the Paris Hôtel-Dieu on the Eve of the French Revolution. *Clio Medica*, 13(3-4), pp.247–267.
- Grmek Mirko Dražen**, 1986. Histoire de la médecine aux armées, t. 2 : De la Révolution française au conflit mondial de 1914. *Revue d'histoire des sciences*, 39(2), p.185.
- Grmek Mirko Dražen & Lambrichs Louise L.**, 1999. *Histoire de la pensée médicale en Occident. Tome III. Du romantisme à la science moderne.*, Paris : Éd. du Seuil.
- Groopman Leonard C.**, 1986. *The Internat des Hôpitaux de Paris: the Shaping and Transformation of the French Medical Elite, 1802-1914*. Cambridge (Mass.) : Harvard University.
- Groopman Leonard C.**, 1987. Medical internship as moral education: An essay on the system of training physicians. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11(2), pp.207–227.
- Gueslin André & Guillaume Pierre**, 1992. *De la charité médiévale à la Sécurité sociale : économie de la protection sociale du Moyen âge à l'époque contemporaine*, Paris : les Éd. ouvrières.
- Guilbert Françoise**, 1992. *Le pouvoir sanitaire : essai sur la normalisation hygiénique*. Thèse de doctorat. [S.l.] : Université Robert Schuman (Strasbourg).
- Guillaume Pierre**, 1996. *Le rôle social du médecin depuis deux siècles : 1800-1945*, Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale.
- Guillaume Pierre**, 2005. L'hygiène à l'école et par l'école. In *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII^e - XX^e siècles)*. Paris : Belin, , pp. 213–226.
- Guthrie Douglas**, 1945. The Patient: A Neglected Factor in the History of Medicine. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 38(9), pp.490–494.
- Gutton Jean-Pierre**, 1987. La mise en place du personnel soignant dans les hôpitaux français (XVI-XVIII^e siècles). *Bulletin de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, (54), pp.11–19.

Bibliographie secondaire

- Gutton Jean-Pierre**, 1999. *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'Ancien régime : actes des tables rondes des 12 décembre 1997 et 20 mars 1998*, Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Gutton Jean-Pierre**, 2002. *Les administrateurs d'hôpitaux dans l'Europe moderne : actes de la table ronde du 7 décembre 2000*, Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Gutton Jean-Pierre & Imbert Jean**, 1989. Les hôpitaux français sous la Révolution. *Bulletin de la Société d'histoire des hôpitaux*, (58), pp.3–38.
- Hacking Ian**, 1989. *Concevoir et expérimenter : thèmes introductifs à la philosophie des sciences expérimentales*, Paris : C. Bourgois.
- Hacking Ian**, 1990. *The taming of chance*, Cambridge : Cambridge university press.
- Hacking Ian**, 2008. Style pour historien et philosophe. In *L'histoire des sciences : méthodes, styles et controverses*. Paris : J. Vrin, , pp. 287–320.
- Hall Stuart**, 1981. Notes on deconstructing “the popular.” In *People's history and socialist theory*. London : Routledge & Kegan Paul, , pp. 227–240.
- Hannaway Caroline**, 1972. The Société Royale de Médecine and epidemics in the Ancien Régime. *Bulletin of the History of Medicine*, 46(3), pp.257–273.
- Hannaway Caroline**, 1992. Caring for the constitution: medical planning in revolutionary France. *Transactions & Studies of the College of Physicians of Philadelphia*, 14(2), pp.147–166.
- Hannaway Caroline & La Berge Ann**, 1998. *Constructing Paris medicine*, Amsterdam : Rodopi.
- Harris Bernard**, 2004. Public Health, Nutrition, and the Decline of Mortality: The McKeown Thesis Revisited. *Social History of Medicine*, 17(3), pp.379 –407.
- Marks Harry**, 2005. When the State Counts Lives: Eighteenth-Century Quarrels over Innoculation. In *Body counts : medical quantification in historical and sociological perspective*. Montréal : Publié pour Fondation Mérieux par McGill-Queen's University Press, , pp. 51–64.
- Harvey Joy**, 1998. Faithful to its Old Traditions? Paris Clinical Medicine from the Second Empire to the Third Republic (1848-1872). In *Constructing Paris medicine*. Amsterdam : Rodopi, , pp. 313–335.
- Hassenteufel Patrick**, 2008. Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire. *Les tribunes de la santé*. Sève., 1(18), pp.21–28.
- Hatzfeld Henri**, 2004. *Du paupérisme à la sécurité sociale, 1850-1940 : essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*, Nancy : Presses universitaires de Nancy.
- Hess Volker & Ledebur Sophie**, 2011. Taking and Keeping: A Note on the Emergence and

Bibliographie secondaire

- Function of Hospital Patient Records. *Journal of the Society of Archivists*, 32(1), pp.21–33.
- Hess Volker & Mendelsohn J. Andrew**, 2010. Case ans series: medical knowledge and paper technology, 1600-1900. *History of science*, 48(161), pp.287–314.
- Horn Jeff & Jacob Margaret C.**, 1998. Jean-Antoine Chaptal and the Cultural Roots of French Industrialization. *Technology and Culture*, 39(4), pp.671–698.
- Howard John**, 1788a. *Etat des prisons, des hôpitaux et des maisons de force. Tome I*, Paris : Lagrange.
- Howard John**, 1788b. *Etat des prisons, des hôpitaux et des maisons de force. Tome II*, Paris : Lagrange.
- Huard Pierre**, 1974. L'enseignement libre de la médecine à Paris au XIX^e siècle. *Revue d'histoire des sciences*, 27(1), pp.45–62.
- Huard Pierre & Grmek Mirko Dražen**, 1970. *Sciences, médecine, pharmacie : de la Révolution à l'Empire (1789-1815)*, Paris : R. Dacosta.
- Huard Pierre & Imbault-Huart Marie-José**, 1975a. La clinique parisienne avant et après 1802. *Clio Medica*, 10(3), pp.173–182.
- Huard Pierre & Imbault-Huart Marie-José**, 1975b. Structure et fonctionnement de la Faculté de Médecine de Paris en 1813. *Revue d'histoire des sciences*, 28(2), pp.139–168.
- Hudemann-Simon Calixte**, 2000. *La conquête de la santé en Europe : 1750-1900*, Francfort : Fischer Vg.
- Huguet Françoise**, 1991. *Les professeurs de la Faculté de médecine de Paris : dictionnaire biographique, 1794-1939*, Paris : Institut national de recherche pédagogique.
- Huisman Frank & Warner John Harley**, 2004. *Locating medical history : the stories and their meanings*, Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Huneman Philippe**, 2008. Montpellier Vitalism and the Emergence of Alienism in France (1750–1800): The Case of the Passions. *Science in Context*, 21(04), pp.615–647.
- Husson Armand**, 1862. *Étude sur les hôpitaux considérés sous le rapport de leur construction, de la distribution de leurs bâtiments, de l'ameublement, de l'hygiène & du service des salles de malades*, Paris : P. Dupont.
- Huth Edward**, 2006. Jules Gavarret's Principes Généraux de Statistique Médicale: a pioneering text on the statistical analysis of the results of treatments. *The James Lind Library* (www.jameslindlibrary.org).
- Illich Ivan**, 2009 [1975]. Némésis médicale : l'expropriation de la santé. In *Oeuvres complètes*. Paris : Fayard, , pp. 583–786.

Bibliographie secondaire

- Imbault-Huart Marie-José**, 1975. *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 siècle et au début du XIX^e siècle*, Lille : Service de reproduction des thèses de l'université de Lille III.
- Imbault-Huart Marie-José**, 1981. Bayle, Laënnec et la méthode anatomo-clinique. In *Commémoration du bicentenaire de la naissance de Laënnec : 1781-1826*. Paris : Palais de la Découverte, , pp. 79–90.
- Imbert Jean**, 1954. *Le Droit hospitalier de la Révolution et de l'Empire*, Paris : Recueil Sirey.
- Imbert Jean**, 1979. L'assistance publique à Paris de la Révolution française à 1977. In *L'administration de Paris*. Paris : Droz, , pp. 79–108.
- Imbert Jean**, 1982. *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse : Privat.
- Imbert Jean**, 1990. *La protection sociale sous la Révolution française*, Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale.
- Imbert Jean**, 1993. *Le droit hospitalier de l'Ancien Régime*, Paris : Presses universitaires de France.
- Jacob François**, 1970. *La logique du vivant : une histoire de l'hérédité*, Paris : Gallimard.
- Jeorger Muriel**, 1977. La structure hospitalière de la France sous l'Ancien Régime. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 32(5), pp.1025–1051.
- Jerrold Blanchard**, 1869. The sick poor of Paris. *The Lancet*, 93(2381), pp.532–534.
- Jewson Nicholas**, 1974. Medical Knowledge and the Patronage System in 18th Century England. *Sociology*, 8(3), pp.369 –385.
- Jewson Nicholas**, 1976. The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870. *Sociology*, 10(2), pp.225–244.
- Jones Colin**, 1989. *The charitable imperative : hospitals and nursing in Ancien Régime and revolutionary France*, London : Routledge.
- Jones Colin**, 1996a. The Construction of the Hospital Patient in early Modern France. In *Institutions of Confinement: hospitals, asylums and prisons in western Europe and North America, 1500-1950*. CUP, , pp. 55–74.
- Jones Colin**, 1996b. The Great Chain of Buying: Medical Advertisement, the Bourgeois Public Sphere, and the Origins of the French Revolution. *The American Historical Review*, 101(1), pp.13–40.
- Jones Colin & Sonenscher Michael**, 1983. The Social Functions of the Hospital in Eighteenth-Century France: The Case of the Hotel-Dieu of Nimes. *French Historical Studies*, 13(2), pp.172–214.

Bibliographie secondaire

- Jordan W. K.**, 1961. The English Background of Modern Philanthropy. *The American Historical Review*, 66(2), pp.401–408.
- Jorland Gérard, Weisz George & Opinel Annick**, 2005. *Body counts : medical quantification in historical and sociological perspective*, Montréal : Publié pour Fondation Mérieux par McGill-Queen's University Press.
- Keegan John**, 2000. *Histoire de la guerre du néolithique à nos jours*, Paris : Esprit frappeur.
- Keel Othmar**, 2001. *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe : 1750-1815 : politiques, institutions et savoirs*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Kisacky Jeanne Susan.**, 2005. Restructuring Isolation: Hospital Architecture, Medicine, and Disease Prevention. *Bulletin of the History of Medicine*, 79(1), pp.1–49.
- Kottek S**, 1991. "Citizens! Do you want children's doctors?" An early vindication of "paediatric" specialists. *Medical History*, 35(1), pp.103–116.
- Krüger Lorenz, Daston Lorraine J & Heidelberger Michael**, 1987. *The probabilistic revolution. Volume 1, Ideas in history*, Cambridge (Mass.), London : MIT press.
- Laget Pierre-Louis**, 2004. Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés. *Livraisons d'histoire de l'architecture*, 7(1), pp.51–70.
- Laget Pierre-Louis**, 2007. L'architecture hospitalière à Paris depuis le projet modèle proposé par le chirurgien Tenon jusqu'à l'inauguration du nouvel hôpital Beaujon (1788-1935). In *Les maux et les soins : médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIXe siècle*. Paris : Action artistique, , pp. 75–120.
- Laget Pierre-Louis**, 2011. Le développement de l'enseignement clinique à Paris et la création de l'école clinique interne de l'hôpital de la Charité. *In Situ*, (17).
- Lakatos Imre** ed., 1974. Falsification and the methodology of scientific research programmes. In *Criticism and the growth of knowledge : proceedings of the International Colloquium in the Philosophy of Science, London, 1965, volume 4*. Cambridge ; New York : Cambridge University Press, , pp. 91–196.
- Lallemand Léon**, 1898. *La Révolution et les pauvres*, Paris : Picard et fils.
- Lalouette Jacqueline, Belmas Elisabeth, Michel Marie-José, et al.**, 2006. *L'Hôpital entre religions et laïcité : du Moyen Âge à nos jours*, Paris : Letouzey & Ane.
- Lane Joan**, 1985. "The doctor scolds me": The diaries and correspondence of patients in eighteenth century England. In *Patients and practitioners : Lay perceptions of medicine in pre-industrial society*. Cambridge : Cambridge university press, , pp. 205–248.
- Lanzac de Laborie Léon**, 1908. *Paris sous Napoléon, vol. V*, Paris : Plon.
- Lanzac de Laborie Léon de**, 1905. *Paris sous Napoléon, vol. I*, Paris : Plon.

Bibliographie secondaire

- Laqueur Thomas**, 1989. Bodies, Details, and the Humanitarian Narrative. In *The new cultural history*. Berkeley, Los Angeles, London : University of California Press, , pp. 176–204.
- Latour Bruno**, 1988. *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*, Harvard University Press.
- Lebreton Théodore-Eloi**, 1857. *Biographie normande: recueil de notices biographiques et bibliographiques sur les personnages célèbres nés en Normandie et sur ceux qui se sont seulement distingués par leurs actions ou par leurs écrits*, Rouen : A. Le Brument.
- Leca Ange-Pierre**, 1982. *Et le choléra s'abattit sur Paris : 1832*, Paris : A. Michel.
- Lecourt Dominique & Bourgeois Thomas**, 2003. *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences*, Paris : Presses universitaires de France.
- Lecourt Dominique, Delaporte François, Pinell Patrice, et al.**, 2004. *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris : Presses Universitaires de France.
- Legendre Pierre**, 1968. *Histoire de l'administration de 1750 à nos jours*, Paris : Presses universitaires de France.
- Lemaire Jean-François**, 2003. La loi du 19 ventôse an XI, texte fondateur et expédient provisoire. *Bulletin De l'Académie Nationale De Médecine*, 187(3), pp.577–586; discussion 586–589.
- Lentz Thierry**, 1999. *Dictionnaire des ministres de Napoléon : dictionnaire analytique statistique et comparé des trente-deux Ministres de Napoléon*, Paris : Christian Jas.
- Léonard Jacques**, 1977a. L'historien et le philosophe. A propos de Surveiller et punir. Naissance de la prison. *Annales Historiques de la Révolution Française Paris*, 49(228), pp.163–181.
- Léonard Jacques**, 1977b. Femmes, religion et médecine. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 32(5), pp.887–907.
- Léonard Jacques**, 1981. *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs : histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Paris : Aubier Montaigne.
- Léonard Jacques**, 1992. *Médecins, malades et société dans la France du XIX^e siècle*, Paris : Sciences en situation.
- Licoppe Christian**, 1996. *La formation de la pratique scientifique : le discours de l'expérience en France et en Angleterre, 1630-1820*, Paris : la Découverte.
- Lindemann Mary**, 1991. Urban growth and medical charity. Hamburg 1788-1815. In *Medicine and charity before the welfare state*. London : Routledge, , pp. 113–132.
- Lombard Jean & Vandewalle Bernard**, 2007. *Philosophie de l'hôpital*, Paris : l'Harmattan.

Bibliographie secondaire

- Maillé-Virole Catherine**, 1982. La naissance d'un personnage: le médecin parisien à la fin de l'Ancien Régime. In *La médicalisation de la société Française*. Waterloo (Ont.) : Historical reflections press, , pp. 153–179.
- Mandressi Rafael**, 2003. *Le regard de l'anatomiste : dissections et invention du corps en Occident*, Paris : Éd. du Seuil.
- Manuila Ludmila, Manuila Alexandre, Lewalle Pierre, et al.**, 2004. *Dictionnaire médical Manuila*, Paris : Masson.
- Marchand Bernard**, 1993. *Paris, histoire d'une ville : (XIX^e-XX^e siècle)*, Paris : Seuil.
- Martin Thierry & Lécuyer Bernard-Pierre**, 2003. *Arithmétique politique dans la France du XVIII^e siècle*, Paris : Institut national d'études démographiques.
- Martin-Doisy Félix**, 1857. *Dictionnaire d'économie charitable, ou, Exposé historique, théorique et pratique: de l'assistance religieuse, publique et privée, ancienne et moderne ...*, Paris : J.P. Migne.
- Martineaud Jean-Paul & Cordier Alain**, 2002. *Les ordres religieux dans les hôpitaux de Paris : les congrégations hospitalières dans les hôpitaux de l'assistance publique à Paris : des fondations à la laïcisation*, Paris : l'Harmattan.
- Matthews John Rosser**, 1995. *Quantification and the quest for medical certainty*, Princeton, N.J. : Princeton University Press.
- Matthews John Rosser**, 2001. Commentary: The Paris Academy of Science report on Jean Civiale's statistical research and the 19th century background to evidence-based medicine. *International Journal of Epidemiology*, 30(6), pp.1249 –1250.
- Mauger Albert (1852-19. .)**, 1905. *Simple notes sur l'organisation des secours publics à Paris / Albert Mauger,...*, Paris : H. Didier.
- Maulitz Russell C**, 1987. *Morbid appearances : the anatomy of pathology in the early nineteenth century*, Cambridge : Cambridge University Press.
- Mazin-Deslandes Christine & Dauphin Alain**, 2000. Quatre siècles de pharmacie à l'hôpital Laennec de Paris. *Revue d'histoire de la pharmacie*, 88(325), pp.53–72.
- McCray Beier Lucinda**, 1985. In sickness and in health: A seventeenth century family's experience. In *Patients and practitioners : Lay perceptions of medicine in pre-industrial society*. Cambridge : Cambridge university press, , pp. 101–128.
- McHugh Tim**, 2007. *Hospital politics in seventeenth-century France : the crown, urban elites, and the poor*, Aldershot : Ashgate.
- McKeown Thomas, Brown R. G. & Record R. G.**, 1972. An Interpretation of the Modern Rise of Population in Europe. *Population Studies*, 26(3), pp.345–382.
- McKeown Thomas & Record R. G.**, 1962. Reasons for the Decline of Mortality in England

Bibliographie secondaire

- and Wales during the Nineteenth Century. *Population Studies*, 16(2), pp.94–122.
- Meynen Nicolas**, 2009. Les hôpitaux militaires sous tentes et baraqués au XIXe siècle. *Revue historique des armées*, (254), pp.92–109.
- Michaud Louis Gabriel**, 1834. *Biographie universelle, ancienne et moderne*, Paris : Michaud.
- Mitchell Harvey**, 1981. Politics in the Service of Knowledge: The Debate over the Administration of Medicine and Welfare in Late Eighteenth-Century France. *Social History*, 6(2), pp.185–207.
- Montesquieu Charles-Louis de Secondat**, 1979 [1748]. *De l'esprit des lois. II*, Paris : Garnier-Flammarion.
- Morabia Alfredo**, 1996. P. C. A. Louis and the birth of clinical epidemiology. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(12), pp.1327–1333.
- Morabia Alfredo**, 2006. Pierre-Charles-Alexandre Louis and the evaluation of bloodletting. *J R Soc Med*, 99(3), pp.158–160.
- Moriceau Caroline**, 2009. Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXe siècle : entre connaissance, déni et prévention. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 56-1(1), pp.11–27.
- Moulin Anne-Marie**, 1996. *L'aventure de la vaccination*, [Paris] : Fayard.
- Moullier Igor**, 2004. *Le ministère de l'Intérieur sous le Consulat et le Premier Empire (1799-1814) Gouverner la France après le 18 brumaire*. Thèse pour le doctorat d'histoire. Lille 3.
- Mumford Lewis**, 1976. *Technique et civilisation*, Paris : Seuil.
- Murard Lion & Zylberman Patrick**, 1996. *L'Hygiène dans la République : La Santé publique en France ou l'utopie contrariée : 1870-1918*, Fayard.
- Muratori-Philip Anne**, 2006. *Parmentier*, Paris : Plon.
- Murphy Terence D**, 1979. The French medical profession's perception of its social function between 1776 and 1830. *Medical History*, 23(3), pp.259–278.
- Murphy Terence D**, 1981. Medical knowledge and statistical methods in early nineteenth-century France. *Medical History*, 25(3), pp.301–319.
- Nardin Anne & Salaün Ramalho Françoise**, 2002. *Ordre et désordre à l'hôpital : l'internat en médecine (1802-2002)*, Paris : Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.
- Niebyl Peter H**, 1971. The non-naturals. *Bulletin of the History of Medicine*, 45(5), pp.486–492.

Bibliographie secondaire

- Nonnis Serenella**, 2005. Le curé dans la ville, novateur malgré lui, Italie, XIX^e - XX^e siècles. In *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII^e - XX^e siècles)*. Paris : Belin, , pp. 243–265.
- Nonnis Vigilante Serenella**, 2005. Les intolérables des politiques mortuaires modernes Le corps mort entre religion, idéologie et hygiène, en France et en Italie. In *Les constructions de l'intolérable*. Paris : La Découverte, , pp. 129–164.
- Nye Robert A**, 2003. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), pp.115–129.
- Olson David R**, 1998. *L'univers de l'écrit : comment la culture écrite donne forme à la pensée*, Paris : Retz.
- Palluault Florent**, 2004a. *Les ouvrages didactiques destinés aux étudiants en médecine à l'époque clinique*. Mémoire pour le diplôme de conservateur des bibliothèques. Villeurbanne : ENSSIB.
- Palluault Florent**, 2004b. *Medical students in England and France, 1815-1858 : a comparative study*. Thèse pour le doctorat en philosophie. Oxford : University of Oxford.
- Park Katharine**, 1991. Healing the Poor : Hospitals and medical assistance in Renaissance Florence. In *Medicine and Charity before the Welfare State*. London and New-York : Routledge, , pp. 26–45.
- Passy Louis Paulin**, 1867. *Frochot, préfet de la Seine*, Evreux : Impr. de A. Herissey.
- Paultre Christian**, 1906. *De la répression de la mendicité et du vagabondage en France sous l'ancien régime*, Paris : L. Larose & L. Tenin.
- Peisse Jean Louis Hippolyte**, 1857. *La Médecine et les médecins*, J.B. Baillière et fils.
- Peneff Jean**, 2000. *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*, Paris : Métailié.
- Pestre Dominique**, 2010. Dix thèses sur les sciences, la recherche scientifique et le monde social, 1945-2010. *Le Mouvement Social*, 233(4), p.13.
- Peter Jean-Pierre**, 1972. Malades et maladies à la fin du XVIII^e siècle. In *Médecins, climats et épidémies à la fin du XVIII^e siècle*. Paris, La Haye : Mouton, , pp. 135–170.
- Pigeire Jean**, 1931. *La vie et l'œuvre de Chaptal (1756-1832)*, Paris : Domat-Montchrestien.
- Pillon Thierry & Vatin François**, 2003. *Traité de sociologie du travail*, Toulouse : Octares.
- Pinell Patrice**, 2004a. L'hôpital et les transformations du champ médical français (XVIII^e-XX^e siècles). *Dictionnaire de la pensée médicale*, pp.582–587.
- Pinell Patrice**, 2004b. Le processus de spécialisation de la pédiatrie française (XIX^e-XX^e

Bibliographie secondaire

- siècles). *Dictionnaire de la pensée médicale*, p.1270.
- Pinell Patrice**, 2005. Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 156-157(1-2), pp.4–36.
- Pinell Patrice**, 2009. La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870). *Revue française de sociologie*, 50(2), pp.315–349.
- Poirier Jacques**, 1992. La Faculté de médecine face à la montée du spécialisme. *Communications*, 54(1), pp.209–227.
- Poirier Jacques**, 2007. L'enseignement médical dans les hôpitaux de Paris (1780-1930). In *Les maux et les soins : médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIXe siècle*. Paris : Action artistique, , pp. 42–67.
- Polanyi Karl**, 1983. *La grande transformation : aux origines politiques et économiques de notre temps*, Paris : Gallimard.
- Pomata Gianna**, 2005. Praxis Historialis: The Uses of Historia in Early Modern Medicine. In *Historia : empiricism and erudition in early modern Europe*. Cambridge : The MIT Press, , pp. 105–146.
- Porter Dorothy**, 1994. *The history of public health and the modern state*, Amsterdam : Rodopi.
- Porter Dorothy**, 1999. *Health, civilization, and the state : a history of public health from ancient to modern times*, London : Routledge.
- Porter Roy**, 1985a. The Patient's View: Doing Medical History from Below. *Theory and Society*, 14, pp.175–198.
- Porter Roy**, 1985b. *Patients and practitioners : Lay perceptions of medicine in pre-industrial society*, Cambridge : Cambridge university press.
- Porter Roy**, 1985c. Lay medical knowledge in the eighteenth century: the evidence of the Gentleman's Magazine. *Medical History*, 29(2), pp.138–168.
- Porter Roy**, 1995. *Disease, medicine and society in England, 1550-1860*, Cambridge : Cambridge University Press.
- Porter Theodore M**, 1995. *Trust in numbers : the pursuit of objectivity in science and public life*, Princeton (NJ) : Princeton University Press.
- Premuda Loris**, 1999. La naissance des spécialités. In *Histoire de la pensée médicale en Occident, tome 3 : Du romantisme à la science moderne*. Paris : Seuil, , pp. 253–269.
- Proudhon Pierre-Joseph**, 1851. *Idée générale de la révolution au XIXe siècle*, Paris : Garnier.
- Quéraud Joseph Marie**, 1847. *Les supercheries littéraires dévoilées, galerie des auteurs*

Bibliographie secondaire

apocryphes, supposés, déguisés, plagiaires, et des éditeurs infidèles, de la littérature française, L'éditeur.

Quétel Claude, 1984. Syphilis et politiques de santé à l'époque moderne. *Histoire, économie et société*, 3(4), pp.543–556.

Quétel Claude, 1986. *Le mal de Naples histoire de la syphilis*, Paris : Seghers.

Rabier Christelle, 2008. *Les chirurgiens de Paris et de Londres, 1740-1815 : économie, identités, savoirs*. Thèse de doctorat. [S.l.] : Université Panthéon-Sorbonne (Paris).

Rabier Christelle, 2010a. La disparition du barbier chirurgien. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 65e année(3), pp.679–711.

Rabier Christelle, 2010b. Une Révolution médicale ? Dynamiques des professions de santé entre Révolution et Empire. *Annales historiques de la Révolution française*, 359, pp.141–159.

Rabier Christelle, 2011. L'histoire de la médecine au prisme du marché: perspectives britanniques. *Recherches britanniques*, (1), pp.17–36.

Ramsey Matthew, 1980. Traditional Medicine and Medical Enlightenment: The Regulation of Secret Remedies in the Ancien Régime. In *La médicalisation de la société Française*. Paris : P.U.F, , pp. 215–232.

Ramsey Matthew, 1994a. Public Health in France. In *The history of public health and the modern state*. Amsterdam : Rodopi, , pp. 45–118.

Ramsey Matthew, 1994b. Academic Medicine and Medical Industrialism: The Regulation of Secret Remedies in Nineteenth-Century France. In *French medical culture in the nineteenth century*. Amsterdam : Rodopi, , pp. 25–78.

Ramsey Matthew, 2002. *Professional and popular medicine in France, 1770-1830 : the social world of medical practice*, Cambridge : Cambridge university press.

Rasmussen Anne, 2011. Histoire de l'hôpital en France. In *Médecine, santé et sciences humaines : manuel*. Paris : les Belles Lettres, , pp. 61–71.

Ratcliffe Barrie Michael & Piette Christine, 2007. *Vivre la ville : les classes populaires à Paris (1ère moitié du XIX^e siècle)*, Paris : La Boutique de l'Histoire.

Ratier Félix Séverin, 1827a. Coup-d'oeil sur les cliniques médicales de la Faculté de Médecine et des hôpitaux civils de Paris (Premier article). *Archives générales de médecine*, (13), pp.321–335.

Renaud Jérôme & Riquier Sylvain, 1997. *Le spectacle à l'impôt : inventaire des archives du droit des pauvres à Paris, début XIX^e siècle-1947*, Vélizy : Doin.

Richardson Ruth, 1987. *Death, dissection and the destitute*, London : Routledge & Kegan Paul.

Bibliographie secondaire

- Riché Sophie & Riquier Sylvain**, 2000. *Des hôpitaux à Paris : état des fonds des archives de l'AP-HP, XIIIe-XXe siècle*, Paris : Assistance publique-Hôpitaux de Paris.
- Richet Gabriel**, 2005. La traduction des *Maladies des artisans* de B. Ramazzini, clé de la formation clinique du décret Froucroy en 1794. *Histoire des sciences médicales*, XXXIX(2), pp.203–212.
- Rieder Philip**, 2005. Médecins et patients à Genève : offre et consommations thérapeutiques à l'époque moderne. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 52(1), pp.39–63.
- Risse Guenter B**, 1996. Before the Clinic was “born”: Methodological Perspectives in Hospital History. In *Institutions of confinement : hospitals, asylums, and prisons in Western Europe and North America , 1500-1950*. Cambridge : CUP, , pp. 75–96.
- Risse Guenter B**, 1999. *Mending bodies, saving souls : a history of hospitals*, New York : Oxford University Press.
- Robert Adolphe, Bourlonton Edgar & Cougny Gaston**, 1891. *Dictionnaire des parlementaires français*, Paris : Bourlonton.
- Robichaud Marc**, 2005. The Changing Face of Hospital Care in 18th-century Upper Normandy: The Hospital of Caudebec and the Arrival of “Paying Inmates” (1693-1789). *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin Canadien d'histoire de la médecine*, 22(1), pp.121–138.
- Rochaix Maurice**, 1996 [1959]. *Les questions hospitalières, de la fin de l'Ancien Régime à nos jours : contribution à l'étude des problèmes hospitaliers contemporains*, Paris : Berger-Levrault.
- Rochaix Maurice & Patout Jean-Pierre**, 1994. Necker et l'économie de la santé. *Bulletin de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, 73, pp.39–42.
- Rochefort Louis Desbois de**, 1779. *Cours élémentaire de matière médicale, suivi d'un précis de l'art de formuler*, Paris : Méquignon l'aîné.
- La Rochefoucauld Liancourt Frédéric Gaëtan**, 1831. *Vie du duc de La Rochefoucauld Liancourt (François-Alexandre-Frédéric)*, Paris : A. Henry.
- Rollin Nicole**, 2007. Un hôpital disparu, l'ancien hôpital de la pitié. *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux*, (126), pp.66–90.
- Rosanvallon Pierre**, 2001. *Le sacre du citoyen : histoire du suffrage universel en France*, Paris : Gallimard.
- Rosen George**, 1942. Changing Attitudes of the Medical Profession to Specialization. *Bulletin of the History of Medicine*, 12, pp.343–354.
- Rosen George**, 1944. *The specialization of medicine with particular reference to ophthalmology*. Ph. D. Thesis. New York : Froben Press.

Bibliographie secondaire

- Rosen George**, 1956. Hospitals, medical care and social policy in the French Revolution. *Bulletin of the History of Medicine*, 30(2), pp.124–149.
- Rosen George**, 1959. Mercantilism and Health Policy in Eighteenth Century French Thought. *Medical History*, 3(4), pp.259–277.
- Rosen George**, 1993 [1958]. *A history of public health*, Baltimore : Johns Hopkins university press.
- Rougerie Jacques**, 1968. Remarques sur l’histoire des salaires à Paris au XIX^e siècle. *Le Mouvement social*, (63), pp.71–108.
- Le Roy Ladurie Emmanuel & Desaive Jean-Paul**, 1972. Étude par ordinateur des dobbées météorologiques constituée par les correspondants de la société royale de médecine (1776-1792). In *Médecins, climats et épidémies à la fin du XVIIIe siècle*. Paris, La Haye : Mouton, , pp. 22–61.
- Ryckebusch Olivier**, 2007. *Les administrateurs de l’hôpital général de Dunkerque dans la France de l’Ancien Régime*, Dunkerque : Société dunkerquoise d’histoire et d’archéologie.
- Sainte Fare Garnot Nicolas**, 1992. Le bien des pauvres au XIX^e siècle, un enjeu politique ou économique ? In *De la charité médiévale à la Sécurité sociale : économie de la protection sociale du Moyen âge à l’époque contemporaine*. Paris : les Éd. ouvrières, , pp. 153–160.
- Sainte Fare Garnot Nicolas, Martel Pierre, Musée d’Orsay, et al.**, 1988. *L’Architecture hospitalière au XIXe siècle : l’exemple parisien*, Paris : Réunion des musées nationaux.
- Saint-Julien A. de & Bienaymé G.**, 1887. *Histoire des droits d’entrée et d’octroi à Paris*, Société d’Imprimerie et Librairie administratives et les Chemins de fer Paul Dupont, Éditeur.
- Salaün Ramalho Françoise**, 2007. L’hôpital parisien au 19^e siècle et le progrès de la science médicale. In *Les maux et les soins : médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIXe siècle*. Paris : Action artistique, , pp. 34–41.
- De Santo Natale G, Bisaccia Carmela, De Santo Luca S, et al.**, 2003. Pierre-Joseph Desault (1738-1795)--a forerunner of modern medical teaching. *Journal of Nephrology*, 16(5), pp.742–753.
- Schneckenburger Romain**, 2009. *Claude Bernard et la méthode statistique*. Mémoire de Master 2 Recherche en épistémologie et histoire des sciences. Paris : Paris 7 Denis Diderot.
- Scull Andrew**, 1977. Madness and Segregative Control: The Rise of the Insane Asylum. *Social Problems*, 24(3), pp.337–351.
- Scull Andrew**, 1989. *Social order , mental disorder : AngloAmerican psychiatry in historical*

Bibliographie secondaire

- perspective*, Berkeley : University of California press.
- Shapin Steven & Schaffer Simon**, 1993. *Leviathan et la pompe à air : Hobbes et Boyle entre science et politique*, Paris : Éd. La Découverte.
- Shryock Richard H.**, 1961. The History of Quantification in Medical Science. *Isis*, 52(2), pp.215–237.
- Singy Patrick**, 2006. Huber's Eyes: The Art of Scientific Observation Before the Emergence of Positivism. *Representations*, 95(1), pp.54–75.
- Soboul Albert**, 1984. *La Révolution française*, Paris : Gallimard.
- Sontag Susan**, 2001. *Illness as metaphor ; and AIDS and its metaphors*, Picador USA.
- Sournia Jean-Charles**, 1989. *La Médecine révolutionnaire : 1789-1799*, Paris : Payot.
- Sournia Jean-Charles**, 1997. *Histoire de la médecine*, Paris : La Découverte.
- Steffen Monika**, 1987. The Medical Profession and the State in France. *Journal of Public Policy*, 7(2), pp.189–208.
- Sturdy Steve & Cooter Roger**, 1998. Science, Scientific Management, and the Transformation of Medicine in Britain c. 1870-1950. *History of Science*, 36, pp.421–466.
- Szabo Jason**, 2009. *Incurable and intolerable: chronic disease and slow death in nineteenth-century France*, Rutgers University Press.
- Teysseire Daniel**, 1991. Aux origines de la médecine sociale et de la politique de la santé publique : l'avis du peuple sur sa santé de Tissot. *Mots, les langages du politiques : médecine, santé et politique*, (26), pp.47–63.
- Teysseire Daniel**, 1995. *La médecine du peuple de Tissot à Raspail : 1750-1850* ;, Créteil : Conseil général du Val-de-Marne, Archives départementales.
- Thalamy Anne**, 1979. La médicalisation de l'hôpital. In *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles : P. Mardaga, , pp. 31–38.
- Thévenot Laurent**, 1985. Les investissements de forme. In *Conventions économiques*. Paris : Presses universitaires de France, , pp. 21–72.
- Thompson Edward Palmer**, 1966. *Making of the English Working Class*, New-York : Vintage Books USA.
- Thompson Edward Palmer**, 2004. *Temps, discipline du travail et capitalisme industriel*, Paris : La Fabrique.
- Thuillier Guy**, 1997a. Les Réflexions sur les hôpitaux de Frerson en l'an VIII. *Bulletin d'histoire de la sécurité sociale*, (36), pp.144–166.

Bibliographie secondaire

- Thuillier Guy**, 1997b. Un plan de réformation des hôpitaux en Brumaire an VIII. *Bulletin d'histoire de la sécurité sociale*, (35), pp.71–81.
- Thuillier Guy**, 1998. Le “patron” des hôpitaux de 1801 à 1815 : Frerson. *Bulletin d'histoire de la sécurité sociale*, (37), pp.232–237.
- Thuillier Guy**, 2001. *Un observateur des misères sociales, Leclerc de Montlinot, 1732-1801*, Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale.
- Tournay Virginie**, 2007. Le concept de police médicale. D'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative. *Politix*, 77(1), pp.173–199.
- Trépardoux Francis**, 2004. L'implantation des pharmacies à Paris et dans sa banlieue de 1803 à 1850. *Revue d'histoire de la pharmacie*, 92(343), pp.427–446.
- Tric Cécile**, 1993. *La vie quotidienne de Benjamin Delessert, banquier parisien durant la première moitié du XIX^e siècle*. Mémoire maîtrise. [S. l.] : [s. n.].
- Tric Cécile**, 1996. *Le rôle de Benjamin Delessert dans l'administration hospitalière*, [S. l.] : Institut Benjamin Delessert.
- Tröhler Ulrich**, 2000. *To improve the evidence of medicine : the 18th century British origins of a critical approach*, Edinburgh : Royal College of Physicians of Edinburgh.
- Tröhler Ulrich**, 2005. Quantifying Experience and Beating Biases: A New Culture in eighteenth-Century British Clinical Medicine. In *Body counts : medical quantification in historical and sociological perspective*. Montréal : Publié pour Fondation Mérieux par McGill-Queen's University Press, , pp. 19–50.
- Tröhler Ulrich**, 2007. An early 18th century proposal for improving medicine by tabulating and analysing practice. *The James Lind Library Bulletin: Commentaries on the history of treatment evaluation*.
- Tuetey Alexandre**, 1895. *L'assistance publique à Paris pendant la révolution : documents inédits recueillis et publiés*, Paris : Imprimerie nationale.
- Vallin Jacques, Meslé France, Caselli Graziella, et al.**, 1988. *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*, Paris : INED.
- Vandendorpe Christian**, 1999. *Du papyrus à l'hypertexte : essai sur les mutations du texte et de la lecture*, Paris : La Découverte.
- Vergez-Chaignon Bénédicte**, 2002. *Les internes des hôpitaux de Paris 1802-1952*, Paris : Hachette littératures.
- Vial Robert**, 1999. *Histoire de l'enseignement des hôpitaux de Paris : les blouses blanches en formation initiale et continue*, Paris : L'Harmattan.
- Vigarello Georges**, 1999. *Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain depuis le Moyen Age*, Paris : Éditions du Seuil.

Bibliographie secondaire

- Vilquin Éric**, 2006. Histoire de la pensée démographique jusqu'en 1940. In *Histoire des idées et politiques de population*. Paris : INED, , pp. 11–53.
- Walter François**, 1993. *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire : pour une histoire des soins infirmiers au 19e siècle : actes du colloque de Sion, 22-23 novembre 1991 : Soins et soignant-e-s entre médecine et société*, Genève : Zoé.
- Wagnies Sœur Marie-Bernard**, 2006. Les Filles de la Charité sous la Révolution et l'Empire. In *L'hôpital entre religion et laïcité, du Moyen-Âge à nos jours*. Paris : Letouzey & Ane, , pp. 33–40.
- Weber Max**, 1995 [1921]. *Économie et société. 1, Les catégories de la sociologie*, Paris : Pocket.
- Weber Max**, 2003 [1917]. *Le savant et le politique : une nouvelle traduction*, Paris : La Découverte.
- Weiner Dora B.**, 1970. Le droit de l'homme à la santé—Une belle idée devant l'Assemblée Constituante. *Clio Medica*, 5, pp.209–223.
- Weiner Dora B.**, 1972. The French revolution, Napoleon, and the nursing profession. *Bulletin of the History of Medicine*, 46(3), pp.274–305.
- Weiner Dora B.**, 1974. Public health under Napoleon: The Conseil de Salubrité de Paris, 1802-1815. *Clio Medica*, 9(4), pp.271–284.
- Weiner Dora B.**, 1975. A Guide to Research in Archives of Active French Women's Orders. *French Historical Studies*, 9(2), pp.362–364.
- Weiner Dora B.**, 1982. The Role of the Doctor in Welfare Work: The Philanthropic Society of Paris, 1780-1815. In *La médicalisation de la société Française*. Waterloo (Ont.) : Historical reflections press, , pp. 279–304.
- Weiner Dora B.**, 1985. Hospital Administrators in the French Revolution. *Korothe*, 8(11-12), pp.181–191.
- Weiner Dora B.**, 1993. *The citizen-patient in revolutionary and imperial Paris*, Baltimore : the Johns Hopkins university press.
- Weiner Dora B.**, 1999. *Comprendre et soigner : Philippe Pinel, 1745-1826 : la médecine de l'esprit*, Paris : Fayard.
- Weiner Dora B. & Sauter Michael J.**, 2003. The City of Paris and the Rise of Clinical Medicine. *Osiris*, 18, pp.23–42.
- Weisz George**, 1994. Mapping Medical Specialization in Paris in the Nineteenth and Twentieth Centuries. *Social History of Medicine*, 7(2), pp.177 –211.
- Weisz George**, 2001. Reconstructing Paris Medicine. *Bulletin of the History of Medicine*, 75(1), pp.105–119.

Bibliographie secondaire

- Weisz George**, 2003. The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century. *Bulletin of the History of Medicine*, 77(3), pp.536–574.
- Weisz George**, 2006. *Divide And Conquer: A Comparative History Of Medical Specialization*, Oxford : Oxford University Press Inc.
- Wilson Adrian**, 1996. Conflict, Consensus and Charity: Politics and the Provincial Voluntary Hospitals in the Eighteenth Century. *The English Historical Review*, 111(442), pp.599–619.
- Wiriot Mireille**, 1970. *L'enseignement clinique dans les hopitaux de Paris entre 1794 et 1848 : d'après des documents de l'époque*. Thèse d'Etat. Paris : Faculté de Médecine de Paris.
- Woloch Isser**, 1986. From Charity to Welfare in Revolutionary Paris. *The Journal of Modern History*, 58(4), pp.780–812.
- Woloch Isser**, 1990. Review: On the Latent Illiberalism of the French Revolution. *The American Historical Review*, 95(5), pp.1452–1470.
- Woolf Stuart**, 1991. The Société de Charité Maternelle, 1788-1815. In *Medicine and Charity before the Welfare State*. London and New-York : Routledge, , pp. 98–112.
- Zwiebel-Muller Pascale**, 1978. *La société de l'Ecole de médecine et la santé publique en France de 1801 à 1821*. Thèse de 3ème cycle. Paris : École des hautes études en sciences sociales (Paris).