

Les hôpitaux régionaux vaudois de la philanthropie privée à l'Etat-Providence (XIXe-XXe siècle)

Autor(en): **Donzé, Pierre-Yves**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Gesnerus : Swiss Journal of the history of medicine and sciences**

Band (Jahr): **59 (2002)**

Heft 1-2

PDF erstellt am: **25.04.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-520761>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Les hôpitaux régionaux vaudois de la philanthropie privée à l'Etat-Providence (XIX^e–XX^e siècle)*

Pierre-Yves Donzé

Summary

In the canton of Vaud (Switzerland), hospitals were originally created within a local philanthropic framework which aimed as much at healing as at controlling the working classes. The practice of medicine was still not very effective, and the generosity of a few well-known people was enough at that time to ensure the viability of small infirmaries, run by deaconesses with just one or two doctors working part-time. Towards the end of the 19th century progress in medicine, particularly in surgery, and the beginning of a greatly improved technical environment following the introduction of X-rays, threatened the operation of these infirmaries. It became necessary to build new hospitals, to engage trained personnel in large numbers, to professionalise the management and to re-examine the organisation of these larger and more complex hospitals in order to meet the increasing demand for hospital treatment. This change of scale put an intolerable strain on the philanthropic framework and eventually led to the increasing intervention of public authorities. In the canton of Vaud after 1945 there was a widespread network of regional hospitals, which were heavily dependent on government funding. From being the principal supporter of a hospital network which had arisen from locally-based groups of infirmaries, the state intervened at the end of the 1970s with the aim of rationalising the system.

* Cet article est rédigé dans le cadre d'une recherche sur l'hospitalisation en Suisse romande menée à l'Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé (Lausanne), sous mandat de l'Association des directeurs des établissements hospitaliers romands (ADEHR). Je tiens ici à remercier vivement Geneviève Heller et Vincent Barras pour leur collaboration.

Résumé

A l'origine, les établissements hospitaliers vaudois sont créés dans un cadre philanthropique local qui vise autant à soigner qu'à contrôler les classes populaires. La médecine est encore peu efficace et la générosité de quelques notables suffit alors à assurer la viabilité de petites infirmeries, desservies par des diaconesses, dans lesquelles n'exercent qu'un ou deux médecins à temps partiel. Vers la fin du XIX^e siècle, les progrès de la médecine, essentiellement dans le domaine chirurgical, et l'apparition d'un environnement technique sans cesse perfectionné, dans le sillage des installations de rayons X, bouleversent le statut de ces infirmeries. Il faut en effet construire de nouveaux bâtiments, engager du personnel formé en nombre, professionnaliser la gestion et revoir l'organisation d'hôpitaux devenus plus grands et plus complexes, afin de faire face à une demande d'hospitalisations croissante. Ce changement d'échelle pose un problème financier insoluble dans le cadre philanthropique et débouche à terme sur l'intervention de plus en plus massive des collectivités publiques. Après 1945, on a dans le canton de Vaud un réseau d'hôpitaux régionaux généralistes extrêmement dense et fortement dépendant des capitaux de l'Etat. Devenu le principal bailleur de fonds d'un réseau né de l'agglomération d'établissements créés dans une perspective locale, l'Etat intervient dès la fin des années 1970 dans un but de rationalisation.

Introduction

Si l'histoire des hôpitaux s'est bien développée depuis une vingtaine d'années, on en reste souvent à des monographies centrées sur la question de la médicalisation¹. Les aspects gestionnaires, financiers et organisationnels sont relativement peu abordés, alors même qu'ils définissent le cadre matériel dans lequel se réalise cette médicalisation. De plus, l'approche monographique ne permet pas toujours de saisir les problèmes hospitaliers dans leur globalité et l'étude menée au niveau du système hospitalier amène des explications convaincantes².

1 L'histoire des hôpitaux est aujourd'hui largement inscrite dans le champ de l'histoire sociale de la médecine et ses préoccupations sont centrées sur le personnel soignant, la médicalisation des soins et les malades. Voir Olivier Faure, «20 ans d'histoire de la santé», *Revue historique vaudoise* (1995) 315-327.

2 Voir les travaux réalisés par Thierry Christ sur le canton de Neuchâtel et notamment les deux articles suivants: «De la bienfaisance privée à l'Etat social? Mise en place, financement et

Dans le cadre de cet article, je me propose d'appréhender le réseau hospitalier vaudois en tant que système ouvert. Je mets volontairement l'accent sur l'environnement (médical, social, économique, etc.) dans lequel se créent les infirmeries locales et quelle est l'incidence de cet environnement changeant sur la marche des hôpitaux. En effet, l'hôpital tel qu'il se conçoit au milieu du XIX^e siècle doit s'adapter, tant au niveau quantitatif que qualitatif, à une médecine en plein essor dès les années 1890³. Or, ces développements continuels ont des effets directs sur les modes de financement et l'organisation interne des établissements hospitaliers qu'il s'agit de réaménager sans cesse afin d'en assurer le bon fonctionnement. Dans le cadre de nouveaux bâtiments hospitaliers, on va repenser l'organisation du service médical, engager en masse des infirmières laïques et remettre l'institution entre les mains de gestionnaires professionnels. Ce redéploiement ne sera alors possible qu'avec un recours croissant à des capitaux externes, d'origine publique dans la plupart des cas. En fin de compte, une étude de ce type permet de comprendre dans quelles conditions on aboutit après 1945 à une étatisation de fait du système hospitalier et d'éclairer sous un jour nouveau les problèmes actuels de planification hospitalière.

L'étude présentée ici porte sur les hôpitaux régionaux vaudois, de leur création dès le milieu du XIX^e siècle à la période contemporaine. Les sources utilisées sont les rapports annuels publiés et les documents d'archives des hôpitaux régionaux vaudois⁴.

contrôle du réseau hospitalier et institutionnel (orphelinats, hospices) à Neuchâtel (1815–1914)», *Revue historique neuchâteloise* (1997) 23–51, et «Du zèle piétiste à l'activisme républicain. Démocratisation de la gestion et du contrôle de l'hôpital à Neuchâtel au 19^e siècle», *Revue historique neuchâteloise* (1999) 19–31. A l'étranger, on peut se reporter pour les Etats-Unis à Charles Rosenberg, *The Care of Strangers. The rise of America's hospital system* (New York 1987) 437, pour l'Allemagne à Alfons Labisch/Reinhardt Spree (éd.), «*Einem jedem Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett.*» *Zur Sozialgeschichte des allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert* (Francfort/New York 1996), et pour le Japon à Gunji Atsuaki, «Hospitals and the medical care system in Japan: past, present and future», in: *History of Hospitals – The Evolution of Health Care Facilities. Proceedings of the 11th International Symposium on the Comparative History of Medicine – East and West* (Tokyo 1989) 161–176.

3 C'est durant cette décennie que se diffusent les méthodes aseptiques à large échelle et que Röntgen découvre les rayons X, deux innovations qui bouleverseront la médecine hospitalière, notamment au niveau chirurgical.

4 Les rapports annuels se trouvent à la Bibliothèque cantonale et universitaire de Lausanne (BCU). Les archives des établissements hospitaliers ont été consultées à Montreux, Morges, Nyon, Rolle et Vevey (Hôpital de la Providence et Hôpital du Samaritain). On trouve aussi quelques documents aux Archives cantonales vaudoises sous les cotes KVIII d et QG.

Création des infirmeries locales vaudoises (1850–1890)

Le contexte philanthropique

Les hôpitaux régionaux vaudois sont un produit du Réveil protestant. Cette théologie qui promeut l'action sociale individuelle débouche au XIX^e siècle sur une multitude d'associations et d'institutions à caractère social parmi lesquelles il y a les infirmeries régionales vaudoises⁵. A l'origine de plusieurs de ces établissements, on retrouve d'ailleurs quelques grands noms de la philanthropie romande, comme les familles Butini⁶ et Germond⁷ qui sont directement à l'origine des infirmeries de Saint-Loup (1852) et d'Yverdon (1856). C'est en effet le médecin genevois Louis Butini qui rachète l'hôtel des Bains de Saint-Loup et le met à disposition de son ami le pasteur Louis Germond⁸ pour y installer son établissement de diaconesses fondé en 1842 à Echallens. A Yverdon, Butini met aussi à disposition ses deniers en faveur de la création d'une infirmerie dirigée par le même pasteur Germond⁹. Son fils Louis¹⁰ est aussi actif dans la philanthropie hospitalière, puisqu'il est membre du comité de l'infirmerie de Rolle dans les années 1870.

L'apparition d'hôpitaux régionaux dans le canton de Vaud au cours du second XIX^e siècle est donc le fait d'un regain de religiosité dans le cadre d'une société en pleine mutation. Face aux bouleversements socio-économiques, on a affaire à une idéologie réactionnaire qui vise par une action sociale très poussée, essentiellement auprès des classes populaires en voie de prolétarianisation, à maintenir en place l'ordre social ancien. C'est exactement ce que veut dire le pasteur Henri Germond¹¹ lorsqu'il s'exprime devant la Société d'utilité publique du canton de Vaud, à Avenches, en 1870:

5 Jusque dans les années 1850, l'Hôpital cantonal de Lausanne est le seul établissement qui reçoit des malades en terre vaudoise. Il est alors en pleine médicalisation mais reste essentiellement destiné aux classes indigentes.

6 Famille de médecins et philanthropes genevois qui financent la création de nombreuses institutions médicales et sociales dans les cantons de Vaud et de Genève.

7 Famille de pasteurs vaudois très actifs dans les milieux sociaux au XIX^e siècle.

8 Louis Germond (1796–1868): pasteur à Pailly, Sainte-Croix, Yvonand, Echallens; pasteur de l'Eglise libre d'Echallens (1845–1852). Fondateur à Echallens de l'Institution de diaconesses (1842), transférée à Saint-Loup (1852). Il est le père de trois pasteurs: Henri et Louis, dont on parle ci-dessous, ainsi que Paul (1835–1910), missionnaire au Lesotho.

9 Pour l'exercice février 1857 – mars 1858, l'hôpital encaisse un total de 5017 francs, dont 72% proviennent directement de Butini et le solde d'autres dons privés (13%) et des pensions des hospitalisés (15%).

10 Louis Germond (1825–1884): fils de Louis Germond. Pasteur de l'Eglise libre d'Etoy (1851–1853), d'Echallens (1853–1857), de Rolle (1857–1862), de Lausanne (1862–1870) et de Lutry (1870–1884). Fondateur d'une Ecole supérieure pour jeunes filles.

11 Henri Germond (1822–1881): fils de Louis Germond. Pasteur de l'Eglise libre de Lovattens (1849–1854) et de Vevey (1854–1861). Directeur de l'Institution de diaconesses de Saint-Loup (1861–1881).

La souffrance des classes inférieures a été souvent plus grande qu'elle ne l'est aujourd'hui; mais jamais leur convoitise ne fut plus ardente; jamais le cœur des déshérités, comme ils se nomment, n'a débordé de plus d'amertume ni de désirs plus irrités. [...] Pour ajourner le choc, et, si possible, pour l'amortir, multiplions les sociétés coopératives, luttons corps à corps avec le paupérisme, fraternisons avec l'ouvrier, instruisons les ignorants, soignons les malades; payons de nos personnes; ne reculons devant aucun sacrifice; n'épargnons rien!¹²

Ainsi, lorsque l'on crée une infirmerie à Aigle en 1867 en invoquant le fait que «la majeure partie de la population du District se trouve éloignée des médecins et des pharmaciens»¹³, c'est aussi bien l'encadrement des classes populaires qu'on cherche à assurer qu'un accès démocratisé à la médecine. C'est aussi dans ce sens qu'il faut interpréter la prédominance des notables traditionnels (syndics, hommes de loi, pasteurs, etc.) dans les organes administratifs des infirmeries à leur fondation. La religion occupe une place importante et joue un rôle particulier dans l'infirmerie: l'indigent hospitalisé doit accepter son sort face à la maladie et sa position d'infériorité dans la société comme résultant de la volonté divine. Ainsi, on fait inscrire les mots suivants sur les murs de l'Hôpital de Rolle: «C'est l'Eternel qui fait mourir et qui fait vivre, qui fait descendre au sépulcre et qui en fait remonter.»¹⁴

Les infirmeries vaudoises à leurs débuts

C'est donc dans ce contexte philanthropique que se créent 16 infirmeries locales dans le canton de Vaud (tab. 1) entre 1852 (Saint-Loup) et 1893 (Romainmôtier¹⁵). On observe une répartition géographique sur tout le territoire, puisque seules sept d'entre elles sont ouvertes sur la côte lémanique.

Le territoire vaudois se couvre très rapidement d'infirmeries: trois sont fondées dans les années 1850, quatre dans les années 1860, six dans les années 1870, une dans les années 1880 et deux dans les années 1890. Pourtant, cette chronologie est plus le fruit du hasard que le reflet d'un développement socio-économique régional diachronique. En effet, l'initiative est totalement laissée aux privés, malgré une timide intervention de l'Etat dans les années 1870. Ainsi, en l'absence de tout plan d'ensemble, on va dépendre de la gé-

12 *Journal de la Société vaudoise d'utilité publique* 1870, 261–262.

13 BCU, Rapport annuel de l'Hôpital d'Aigle 1870, 3.

14 Cité par Henri Germond, *Journal de la Société vaudoise d'utilité publique* (1876) 222.

15 A Romainmôtier, on a affaire à un cas un peu particulier, car cette infirmerie n'est pas privée mais gérée directement par le Conseil d'Etat (Service des Hospices). Sa fondation provient d'une importante donation en faveur d'une infirmerie faite à l'Etat par Georges Contesse (1832–1882), notable radical de Romainmôtier (syndic, président du tribunal d'Orbe, conseiller national). L'Etat ouvre en 1893 un petit établissement dans l'ancienne maison du notable où exercent un médecin et des infirmiers laïcs.

Tab. 1. Infirmières régionales vaudoises.

Localité	Année de fondation	Nombre de lits à la fondation
Pompaples/Saint-Loup	1852	?
Yverdon	1856	9
Vevey-Samaritain	1858	12
Rolle	1860	17
Payerne	1866	9
Aigle	1867	6
Morges	1869	12
Château-d'Œx	1870	?
Nyon	1874	15
Aubonne	1875	6
Moudon	1876	?
Orbe	1876	?
Montreux	1877	20
Sainte-Croix	1880	?
Bex	1890	12 (1893)
Romainmôtier	1893	6

nérosité des notables. La création d'une infirmerie découle en effet dans la majorité des cas d'un legs ou d'un don de la part de notables locaux: à Orbe, c'est l'ancien syndic Georges de Thienne qui lègue à la ville en 1871 un bâtiment et 25 000 francs en faveur d'une infirmerie; à Morges, Henri Monod-Forél fait en 1869 un don de 18 000 francs pour l'acquisition d'un bâtiment qui doit servir à l'infirmerie, etc.

On a alors affaire à de très petits établissements qui donneront naissance en se développant à de véritables institutions médicales, les hôpitaux régionaux. A leur origine, une majorité d'infirmeries s'ouvrent dans des bâtiments d'habitation privés (Aigle, Aubonne, Morges, Romainmôtier, Vevey-Samaritain) ou dans l'hôpital désaffecté d'Ancien Régime mis à disposition par la commune (Moudon, Nyon, Yverdon). On trouve enfin certaines infirmeries en dehors des cités, dans une exploitation agricole (Bex) ou un moulin (Payerne). A l'origine, on utilise donc un peu partout des bâtiments qui n'ont pas de vocation médicale mais qui permettent une installation à moindre frais: toutes ces infirmeries sont indépendantes financièrement et bénéficiaires.

Au niveau financier justement, on retrouve un peu partout la même structure des revenus, qu'on peut classer en trois grands types de ressources: fonds propres, dons de particuliers et pensions de malades (tab. 2).

Tab. 2. Ressources financières des infirmeries locales vaudoises à leur origine^a.

Type de ressources	Moudon 1880	Morges 1885	Orbe 1880	Orbe 1893	Rolle 1861–1867	Vevey-Samaritain 1860	Vevey-Samaritain 1870	Yverdon 1857–1858
Propres ^b	3%	11%	4%	8%	–	3%	22%	–
Privées ^c	12%	40%	46%	62%	79%	74%	59%	85%
Pensions	85%	49%	47%	28%	20%	22%	18%	15%
Divers	–	–	3%	2%	1%	1%	1%	–

a Source: BCU, Rapports annuels des établissements.

b Intérêts de la fortune et location d'immeubles.

c Dons, legs, ventes, etc.

Malgré les diversités découlant des conditions particulières à chaque établissement, on observe la prédominance du financement privé de ces premiers établissements. Ces ressources proviennent essentiellement de dons et de legs, mais aussi plus occasionnellement de ventes¹⁶, c'est-à-dire de petites braderies organisées sporadiquement et rapportant plusieurs milliers, voire dizaines de milliers, de francs. L'importance de ces dons explique celle des ressources propres des infirmeries, puisque les bénéfices d'exploitation sont généralement capitalisés, parfois dans un fonds spécial de construction en faveur d'un bâtiment neuf.

Ce financement privé assure l'indépendance des infirmeries locales mais ne laisse qu'une marge de manœuvre extrêmement réduite à des administrateurs qui ne sont pas maîtres des revenus de leur institution. Le versement d'un don important ou d'un legs est tout à fait aléatoire et on verra que cela ne sera pas sans poser de problèmes importants lors du développement de ces infirmeries qu'on financera par emprunt bancaire. Dans une très large mesure, c'est donc l'importance des dons qui détermine celle des pensions.

Enfin, il faut observer l'absence de tout financement public direct, aussi bien de la part des communes que du canton, si ce n'est le paiement du prix de pension pour certains indigents hospitalisés, mais cette participation

16 Voir ci-dessous.

n'est que difficilement mesurable¹⁷. On verra ci-dessous comment l'Etat s'implique timidement dans ce financement dès les années 1870.

L'organisation interne de ces infirmeries à leur début est des plus élémentaires en raison de leur petite taille. En effet, ces établissements ont un nombre de lits très réduit qui ne permet l'accueil que d'un nombre limité d'hospitalisations. En 1880, on dénombre ainsi la présence de 41 malades à Aubonne, 67 à Moudon, 112 à Nyon, 92 à Orbe, 87 à Payerne et 90 à Rolle.

Dans ces conditions, il est évident que le personnel hospitalier et l'organisation interne de la maison sont réduits à leur expression la plus simple. Il y a en général un ou deux domestiques laïcs, voire une diaconesse dans certains cas. On a affaire à des infirmeries de type ouvert, c'est-à-dire qu'on autorise chaque médecin de la localité à venir exercer dans la maison. Cette activité est fort peu lucrative car on accueille essentiellement une population indigente qui n'a pas les moyens de se faire soigner à domicile. C'est pourquoi les médecins acceptent leur nomination beaucoup plus qu'ils ne la revendiquent. Très souvent d'ailleurs, ils exercent à titre gratuit durant les premières années¹⁸ mais ce type de bénévolat disparaît en 1886¹⁹.

Au niveau administratif, c'est le Comité²⁰, son président et son secrétaire qui gèrent l'institution, secondés par les diaconesses pour le service interne lorsqu'elles sont déjà présentes. Il n'y a ni économe, ni gérant à la tête des premières infirmeries.

Pour conclure, on peut dire que les infirmeries régionales vaudoises sont à leur origine un fruit du Réveil protestant et qu'à ce titre elles s'inscrivent dans un contexte qui n'est pas celui de la médicalisation. On a affaire à des institutions extrêmement réduites, aux ambitions thérapeutiques très limitées. Les infirmeries sont des œuvres collectives où prédomine une assistance caritative. C'est l'idée d'aide à son prochain dans le respect de l'ordre social qui est à la base de ces institutions. On voit ainsi l'ensemble de la communauté locale se mobiliser derrière ses élites pour venir en aide aux plus démunis. Dans les familles de notables, on donne ses deniers pour une œuvre nouvelle à la gestion de laquelle on participe pleinement, au sein des Comités de gestion pour les hommes et des Comités de dames pour leurs épouses²¹.

17 Les hôpitaux régionaux que j'ai visités ne possèdent aucun document permettant de mesurer cette participation publique. Pour le financement communal, il faudrait se plonger dans un travail titanesque d'analyse des comptes des communes vaudoises.

18 C'est notamment le cas à Aigle, Montreux et Nyon.

19 C'est en effet en 1886 que les administrateurs de l'Hôpital de Nyon décident de rémunérer leur médecin, comme c'est alors le cas dans tous les autres établissements du canton.

20 Appelé aussi Conseil d'administration, Commission, etc.

21 Les Comités de dames regroupent des femmes de bonnes familles dont les époux siègent en général au Comité de gestion. Leur rôle dans l'infirmerie est un peu celui qu'elles jouent dans leur ménage: recueil de dons en nature, organisation de ventes et de fêtes de Noël, fourni-

Avant de m'intéresser au rôle de l'Etat et au développement de ces infirmeries, j'aimerais dire quelques mots de deux infirmeries particulières, construites à neuf à leur origine et qui apportent un éclairage à la question de l'industrialisation (Sainte-Croix) et au problème du financement des infrastructures hospitalières (Montreux).

Infirmeries et industrialisation: l'exception de Sainte-Croix

Comme les infirmeries locales vaudoises apparaissent dans leur grande majorité entre 1852 et 1893, on pourrait imaginer que ces fondations, qu'on avait expliquées par l'influence du Réveil protestant, trouvent en fait leur origine dans l'industrialisation du pays qui est contemporaine, même si le canton de Vaud reste largement rural²².

Souvent, les administrateurs expliquent la croissance du nombre d'hospitalisations par la présence d'ouvriers des chemins de fer²³. Mais, si les chantiers des chemins de fer amènent leur lot d'ouvriers blessés, il ne s'agit jamais que d'un lien ponctuel, très limité dans le temps, qui ne saurait être à la base de la naissance d'une infirmerie. On peut plutôt dire que les compagnies ferroviaires utilisent sporadiquement les établissements hospitaliers existant pour leur propre besoin. L'impact des grands travaux sur le réseau hospitalier est donc négligeable en terre vaudoise car le chemin de fer est justement une industrie qui ne fait que passer.

Le rôle des sociétés de secours mutuels apparaît en revanche comme plus durable. Le second XIX^e siècle est l'époque de la signature de nombreuses conventions avec ces sociétés afin de garantir l'hospitalisation de leurs membres à un prix fixé à l'avance. A Vevey-Samaritain, un premier accord est signé en 1870 avec la Société de secours pour les ouvriers malades. Une étroite collaboration est alors mise en place entre l'infirmerie et cette société de secours. Celle-ci met à disposition de l'infirmerie un bâtiment en sa possession (1870) puis lui prête sans intérêts le produit de la vente de cet immeuble

ture de la maison en linge, draps, oreillers, etc., écoute des malades pour «entendre leurs plaintes contre la nourriture ou les soins du personnel, quelquefois fondées, le plus souvent exagérées», etc. Comme de bonnes mères de familles, elles doivent «mettre de l'huile dans les rouages». Citations tirées d'un *Historique de l'activité du Comité des Dames, 1877–1955* provenant de l'Hôpital de Montreux.

22 En 1860, le canton de Vaud compte quatre districts industriels sur un total de 19: Lausanne et Vevey sur La Côte; Grandson et La Vallée dans le Nord. En 1910, on dénombre 5 districts industriels: les quatre mêmes et Yverdon. Source: Olivier Blanc, *Le canton de Vaud au 19^e siècle. Démographie et développement*, Office statistique de l'Etat de Vaud (Lausanne 1974) 289.

23 C'est notamment le cas à Montreux dans les années 1890–1900. On atteint en 1900 le sommet de 621 malades reçus, parmi lesquels 169 ouvriers italiens, soit 27% du total.

(37 200 francs en 1875) en faveur de la construction d'une nouvelle infirmerie. A Morges, des accords similaires sont passés avec la Société des ouvriers malades (1872), la section locale de la Société de secours mutuels (1882) et le Comité des ouvriers de la Société industrielle (1908). Ainsi, les sociétés de secours mutuels accompagnent le développement des infirmeries sur le long terme, en leur assurant une population hospitalisable financièrement rentable et préfigurent le rôle prépondérant que prendront les assurances dans le financement du système hospitalier dans les années 1920 et 1930.

Enfin, il est nécessaire d'aborder maintenant le rôle des entreprises industrielles dans la naissance des infirmeries. Négligeable dans la majeure partie du canton, leur rôle apparaît comme essentiel dans le cas de Sainte-Croix où l'ouverture d'un établissement hospitalier en 1880 peut être conçue comme une conséquence locale du paternalisme du patronat de l'Arc jurassien horloger²⁴. La région de Sainte-Croix connaît dans la seconde moitié du XIX^e siècle un développement économique et démographique dû aux succès des microtechniques (horlogerie, boîtes à musique, etc.). C'est dans ce contexte de forte croissance que les milieux économiques vont entreprendre la création d'une infirmerie. Un Comité provisoire formé des personnalités économiques influentes (représentants de l'agence de la banque cantonale, de Mermod Frères, de Paillard & Cie) est fondé en 1873. Deux ans plus tard, l'année pendant laquelle les frères Paillard ouvrent leur fabrique, un Comité définitif de neuf membres est constitué. Outre Amédée Paillard²⁵ lui-même, on rencontre les industriels Eugène Bornand-Coulleru²⁶ et Louis Jaccard-Dérian²⁷. Jusque dans les années 1930, on observe la présence presque continue de représentants des familles Paillard et Thorens dans les organes administratifs et dans le financement de l'infirmerie. Les frères Paillard s'illustrent aussi par leurs dons en nature pour des loteries en faveur de l'infirmerie. Cette proximité de l'usine et de l'hôpital se concrétise géographiquement, puisque l'infirmerie construite en 1880 se trouve sur le site industriel des Paillard²⁸ à qui on vend le bâtiment après la construction d'un nouveau site

24 Plusieurs entreprises horlogères ou métallurgiques de l'Arc jurassien sont directement à l'origine d'infirmeries locales. C'est notamment le cas en 1885 à Fontainemelon (Fabrique d'ébauches) dans le canton de Neuchâtel et dans les années 1910 à Choindez (Louis de Roll) et à Tavannes (Tavannes Watch Co.) dans le Jura bernois.

25 Amédée Paillard (?–1880): Industriel.

26 Eugène Bornand-Coulleru (?–?): Fabricant d'horlogerie et promoteur du chemin de fer Yverdon–Sainte-Croix.

27 Louis Jaccard-Dérian (1848–1908): Fabricant de boîtes à musique, conseiller communal, syndic, député, préfet (1894–1908).

28 Le complexe architectural industriel des Paillard se compose d'une dizaine de bâtiments érigés entre 1875 et 1947, sur une surface totale de 3784 m². Voir Laurent Tissot, *E. Paillard & Cie, SA. Une entreprise vaudoise de petite mécanique, 1920–1945. Entreprise familiale, diversification industrielle et innovation technologique* (Cousset 1987) 470.

hospitalier, inauguré en 1952. Afin de saisir cette politique paternaliste dans toute sa complexité, il serait nécessaire d'avoir accès aux registres de patients et de voir si effectivement les entreprises de Sainte-Croix, Paillard en tête, profitent directement de l'infirmierie pour leurs ouvriers. Si tel était le cas, l'engagement du patron dans cette œuvre socio-médicale prendrait tout son sens car elle réduirait symboliquement sa responsabilité dans un travail industrialisé et dangereux. Quoi qu'il en soit, on trouve à Sainte-Croix une infirmierie dont les modalités de création ne sont pas celles du modèle vaudois de la philanthropie protestante mais se rapprochent plutôt de ce qu'on trouve ailleurs dans l'Arc jurassien horloger: une infirmierie comme instrument du paternalisme industriel.

A Montreux, des problèmes financiers qui préfigurent les difficultés à venir

Le second cas qui se détache de ce modèle philanthropique est celui de Montreux. Bien que ce soit des donateurs privés qui sont à son origine, l'infirmierie de Montreux se distingue des autres par l'adoption d'un projet d'envergure dès sa création.

Alors que les infirmeries locales sont plutôt de taille réduite et débutent leurs activités dans des conditions matérielles minimales, celle de Montreux affiche tout de suite ses ambitions²⁹. Fondée sous forme de société anonyme en 1874, l'infirmierie ouvre ses portes en 1877 dans un bâtiment flambant neuf d'une vingtaine de lits qui aura coûté près de 100 000 francs. Cet investissement originel est essentiellement financé par des fonds privés. Entre 1874 et 1877, la SA de l'infirmierie de Montreux a accumulé des recettes pour un montant global de 105 000 francs, dont 80% proviennent de dons, 11% de subventions communales extraordinaires³⁰, 7% de ressources propres (revenus de la fortune) et 2% des pensions pour 1877. L'importance de ces dons permet alors d'acquérir un terrain et d'y bâtir une infirmierie, tout en laissant un bénéfice d'exploitation de 1094 francs pour l'année 1877. On a réussi le tour de force de créer en quelques années une infirmierie neuve tout en restant indépendant financièrement.

Installés dans une dynamique du succès, les administrateurs de l'infirmierie envisagent son avenir avec optimisme. Or, on va très rapidement se heurter à de graves difficultés financières dues à des ressources limitées et insuf-

29 L'infirmierie de Montreux est celle qui offre la plus grande capacité d'accueil des infirmeries à leur ouverture.

30 Il s'agit de dons en faveur de la création de l'infirmierie. Les communes n'interviennent alors pas dans le financement de l'exploitation.

fisantes. En effet, dès l'inauguration de l'établissement en 1877 jusqu'à la fin des années 1890, l'institution va présenter un déficit chronique qui n'est pas perçu comme tel par les administrateurs. Comme on ne capitalise pas la fortune de l'institution en bilan mais qu'on la considère dans sa totalité comme une recette de l'année en cours (sous la rubrique «en caisse»), les comptes d'exploitation restent longtemps bénéficiaires mais la fortune va fondre comme neige au soleil. Alors qu'elle se monte à 17 438 francs en 1878 suite à d'importants dons, elle va peu à peu diminuer, au point d'atteindre 4196 francs en 1894 avant de disparaître complètement. En 1897, on vit sur les crédits de la Banque de Montreux. Face à ce désastre financier, on décide l'organisation d'une grande vente en 1897. Cette manifestation rapporte un bénéfice net de près de 25 000 francs, somme qui permet d'assainir les comptes et d'envisager un agrandissement de la maison. Les difficultés financières rencontrées à Montreux sont symptomatiques d'un système de financement sur lequel les administrateurs n'ont qu'une influence extrêmement réduite. L'importance des ressources privées (dons, legs, etc.) varie d'une année à l'autre et ne permet pas d'envisager de plan de développement à moyen terme. L'organisation sporadique de grandes ventes permet un revenu ponctuel important et salvateur mais qui ne résout pas le problème des ressources hospitalières. Lorsque les autres infirmeries du canton donneront à leur établissement de départ l'envergure d'une véritable infirmerie, généralement dans le cadre d'un bâtiment neuf ou rénové qui a nécessité un investissement important, elles vont se retrouver confrontées à ces mêmes difficultés.

Intervention de l'Etat (1870–1914)

Les problèmes de santé publique en général et de réseau hospitalier en particulier sont une préoccupation majeure des Etats modernes qui naissent au milieu du XIX^e siècle. Ce sont eux qui sont directement à l'origine des hôpitaux cantonaux, lesquels deviennent rapidement le fer de lance de la médicalisation et des progrès médicaux³¹.

Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, l'Etat vaudois concentre ses efforts et ses deniers sur le seul hôpital cantonal, sans se soucier le moins du monde des infirmeries locales qui émergent au même moment. Ce désintérêt de l'Etat ne dérange alors pas du tout les personnalités qui créent ces infirmeries, généralement conservatrices et opposées à l'intervention de l'Etat dans les affaires locales.

31 Pour Lausanne, voir Guy Saudan, *La médecine à Lausanne du 16^e au 20^e siècle* (Denges 1991) 273.

Vers le milieu des années 1860, les autorités cantonales prennent conscience de la nécessité de transformer et d'agrandir l'hôpital cantonal qui ne correspond plus aux besoins d'une population en pleine croissance. On va d'abord tenter un développement de l'établissement dans le cadre de ses bâtiments, qui sont transformés en 1867 et recentrer ses préoccupations sur les seuls malades dès 1869³². Ensuite, pour faire face à l'augmentation des demandes d'hospitalisation, on ouvre un lazaret de 24 lits pour varioleux en 1870 et on décide deux ans plus tard la construction de baraques temporaires destinées à recevoir le trop-plein de l'hôpital cantonal. Finalement, les autorités cantonales décident en 1874 de construire un nouvel hôpital cantonal de 200 lits qui sera ouvert en 1883. C'est dans le cadre de cette vaste réflexion sur l'avenir de l'hôpital cantonal et de la santé publique en général que les autorités cantonales vont intégrer les infirmeries locales dans leur projet. Il s'agit pour l'Etat d'encourager la création d'infirmeries dans les districts³³ afin de décharger l'hôpital cantonal qui est alors la seule institution médicalisée d'envergure dans le canton.

C'est dans ce contexte qu'il faut interpréter la loi du 3 décembre 1873 sur la constitution des infirmeries en personnes morales et celle du 15 mai 1875 sur les infirmeries. Il n'est alors pas question de soumettre les infirmeries à un contrôle de l'Etat et encore moins d'étatiser le système. Les comités locaux tiennent à leur indépendance et ces lois leur permettront de se donner les moyens de leur développement tout en restant autonome. En effet, la constitution des infirmeries en personnes morales, demandée par pétitions par les comités locaux au moins dès 1871³⁴, les autorise à recevoir des dons et des héritages sans prélèvement de l'Etat. On leur permet ainsi de profiter pleinement de leur principale source de revenus. Quant à la loi de 1875, elle instaure le principe de la contribution de l'Etat

à l'entretien des malades qui, se trouvant dans les conditions exigées pour entrer à l'Hôpital Cantonal, et n'ayant pas pu y être reçus faute de place ou pour tout autre motif, ont été admis dans une infirmerie sur demande de l'administration cantonale.³⁵

Ainsi, l'Etat intervient d'une part par le biais de subsides de construction et de transformation (10% du coût de construction selon la loi de 1875) et d'autre part par l'intermédiaire du paiement des journées d'hospitalisation

32 Date à laquelle la Discipline des filles est transférée à Moudon. On s'était déjà séparé des aliénés (1811), des prisonniers (1826) et de la Discipline des garçons (1847).

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

34 On en débat au Grand Conseil notamment le 23 janvier 1871, le 18 février 1873, le 24 mai 1873 et le 21 novembre 1873.

35 Loi sur les infirmeries du 15 mai 1875, art. 3.

d'indigents. La propriété des infirmeries et leur gestion restent pourtant dans les mains des comités locaux. Cette loi a toute son importance car c'est elle qui règle les rapports entre l'Etat et les infirmeries jusqu'au Plan hospitalier de 1966.

En s'assurant ainsi la collaboration des infirmeries locales, l'Etat espère disposer dans le canton de 17 infirmeries de 12 lits, soit un total de 204 lits qui, ajoutés aux 200 lits de l'hôpital cantonal, devraient correspondre aux besoins³⁶. La fixation du prix de la journée d'hospitalisation payée par l'Etat est soumise à un accord entre celui-ci et les infirmeries et va devenir un enjeu matériel fondamental dans les relations entre les deux partenaires jusqu'en 1980³⁷. La défense des intérêts des infirmeries dans ces négociations entraînera une collaboration accrue entre les divers établissements qui débouchera sur la constitution d'un lobby organisé dans les années 1930.

L'influence financière de l'Etat dans les infirmeries locales (fig. 1) reste très limitée jusque dans les années 1890: la participation globale de l'Etat passe de près de 7600 francs par an pour 1876 et 1877 à une moyenne annuelle de 25 497 francs entre 1878 et 1890, pour atteindre 46 890 francs en 1900 et 172 800 en 1914. Pour l'Etat, cet engagement financier est presque négligeable car il ne représente jamais plus de 1 % de ses dépenses ordinaires totales entre 1875 et 1914³⁸. En revanche, cet argent frais va être bien accueilli dans les infirmeries locales³⁹ dont le développement ne peut plus être assuré par les ressources privées traditionnelles.

Développement des infirmeries locales (1870–1918)

Le réseau d'infirmeries décrit ci-dessus va connaître une première phase de développement des années 1870 à 1914. Ces institutions vont quitter les bâtiments initiaux et s'installer dans des infirmeries nouvelles conçues comme telles. Elles seront le lieu d'une phase de croissance qui débouche au début

36 Chiffres tirés de Catherine Lehmann-Jomini, *La genèse de l'infirmerie de Lavaux, 1878–1942. Cas particulier dans le développement des hôpitaux régionaux vaudois*, Mémoire de licence, Université de Lausanne (1978) 14–15.

37 Date à laquelle l'Etat change son moyen de financement des hôpitaux régionaux et adopte la politique de l'enveloppe budgétaire.

38 Le financement des infirmeries locales représente 11,8 % des dépenses de l'Etat en faveur du Service des Hospices (hôpital cantonal, Hôpital psychiatrique de Cery, bains de Lavey, maisons de convalescence, infirmeries locales, etc.) entre 1875 et 1914. Il faut toutefois relever que la part des infirmeries dans le Service des Hospices va en s'accroissant, puisqu'on passe de 5,8 % en 1875–1880 à 11,3 % en 1880–1900 et 14,8 % en 1900–1914.

39 D'autant plus qu'il ne s'accompagne d'aucune mesure contraignante à l'égard de l'Etat.

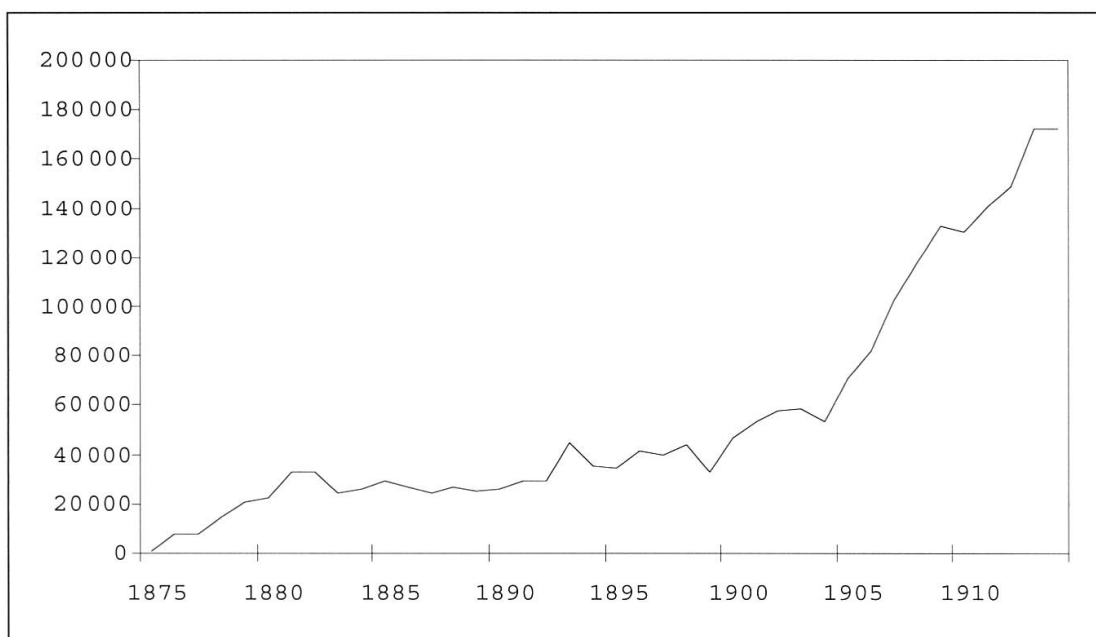


Fig. 1. Dépenses de l'Etat en faveur des infirmeries locales, en francs courants (1875–1914); source: Comptes-rendus annuels du Conseil d'Etat.

du XX^e siècle sur l'existence d'un réseau dense d'établissements aux infrastructures modernisées et aux capacités d'accueil accrues. Ce développement se fait pourtant dans un cadre gestionnaire qui reste très traditionnel.

Une infrastructure hospitalière nouvelle

Les infirmeries qui ouvrent vers le milieu du XIX^e siècle dans des bâtiments privés n'étant pas à l'origine destinés à recevoir des malades sont très tôt confrontées à des problèmes de capacité d'accueil qui les mènent à construire des infirmeries neuves (tab. 3). On était d'ailleurs généralement très conscient de cette capacité d'accueil réduite, mais c'étaient des considérations financières qui avaient alors retenu les fondateurs de bâtir à neuf. Ainsi, on a souvent préféré ouvrir une infirmerie temporaire dans une maison d'habitation et thésauriser les dons au maximum afin de se lancer dans une construction lorsque la fortune propre assure un très large autofinancement.

C'est aussi à cette époque qu'on observe l'arrivée de deux nouvelles infirmeries dans le réseau vaudois, à Lausanne (1907) et à Vevey-Providence (1910). La première est ouverte dans le cadre de l'Ecole de La Source, pour permettre aux élèves infirmières d'acquérir une formation pratique. Une convention est établie en 1907 avec l'Etat pour y recevoir des malades indigents aux frais du canton, dans le but de décharger l'hôpital cantonal. Quant

Tab. 3. Nouvelles constructions et agrandissements (1870–1918).

Infirmières	Nouveaux bâtiments	Agrandissements, transformations
Aigle	1871	1904
Aubonne	1896	1918
Morges	1897	–
Moudon	1886	–
Payerne	1885	1896, 1902, 1913
Rolle	–	1899
Saint-Loup	1897	–
Vevey-Providence	1910	–
Vevey-Samaritain	1877	1889
Yverdon	1873, 1901	

Les dates citées ici sont généralement celles des inaugurations.

à l'infirmière de la Providence, elle est ouverte par la diaspora catholique de Vevey, suite à un don de plus de 110 000 francs.

Ces nouveaux bâtiments sont le cadre d'un développement de l'infrastructure hospitalière et permettent d'envisager une médecine moderne correspondant aux exigences de l'asepsie ainsi qu'un développement des activités chirurgicales. On observe alors l'ouverture ou la rénovation de salles d'opérations dans les infirmières régionales (Morges 1893, Vevey-Samaritain 1893, Montreux 1909, etc.), selon des normes modernes: à Montreux, on n'hésite pas à faire appel aux conseils du professeur lausannois César Roux.

Les équipements font aussi un bond qualitatif important avec l'apparition d'installations de rayons X⁴⁰ dont plusieurs infirmières se dotent dans les années 1910 (Saint-Loup 1910, Morges 1915, Sainte-Croix 1919), suivant l'exemple précurseur d'Yverdon (1901). On n'assiste pas encore à la naissance de services distincts de radiographie mais très souvent on fait appel à un médecin externe, généralement de Lausanne, spécialisé dans ce domaine et qui se rend régulièrement (deux à quatre fois par mois) dans les infirmières régionales.

On note aussi durant cette période une modernisation de l'environnement technique, avec l'arrivée de l'eau courante, du gaz, de l'électricité, du télé-

40 Les rayons X sont découverts en 1895. Cette innovation se diffuse très rapidement dans les institutions de santé. Sur son arrivée à Lausanne, voir Georges Terrier, Danièle Calinon et Suzanne Ostini, «Histoire des débuts de la radiologie à Lausanne (1896–1921)», dans *Revue médicale de la Suisse romande* (1996) 1001–1008.

phone, du chauffage central, etc. L'adoption de ces nouvelles techniques permet de garantir une hygiène de base et une meilleure organisation du travail⁴¹.

Enfin, ces infirmeries modernisées se présentent pour les autorités publiques locales comme un instrument privilégié de leur politique de santé publique. Ainsi, on subventionne la réalisation de pavillons d'isolement pour contagieux à Montreux (1894), à Rolle (1899, 1912), à Nyon (1902), etc. C'est aussi dans ce contexte institutionnel qu'on ouvre des services de consultations médicales gratuites pour indigents à Vevey (1887), Montreux (vers 1890) et Yverdon (1892) ainsi que des dispensaires temporaires dans les infirmeries de Montreux, de Morges, de Vevey-Samaritain et d'Yverdon à la fin des années 1900.

La présentation de tous ces progrès idéalise les infirmeries qui ne sont pourtant qu'à l'amorce d'un processus de modernisation et de médicalisation. Il ne faut pas oublier que ces institutions restent profondément philanthropiques dans leur fonction et leur gestion et qu'elles sont d'abord une réponse des autorités locales à la question sociale. L'héritage des hôpitaux généraux de l'Ancien Régime reste très marqué et l'on observe une persistance de cette vocation sociale globale. Ainsi, il existe des chambres fortes à Sainte-Croix et à Montreux où l'on enferme les aliénés violents et «des personnes en état d'arrestation, que l'autorité judiciaire confie aux soins des diaconesses»⁴². On hospitalise aussi à plusieurs reprises des alcooliques graves avant l'ouverture d'asiles spécialisés (Bellevaux 1898, Etagnières 1898). Enfin, les infirmeries jouent encore très souvent un rôle d'asile de vieillards en accueillant des pensionnaires bénéfiques financièrement à l'institution, malgré des statuts qui n'autorisent pas ces pratiques.

Organisation interne

Au niveau de l'organisation du service médical, on a toujours des établissements ouverts aux praticiens établis dans le district qui profitent largement des infrastructures nouvelles mises à disposition (salles d'opérations, rayons X) pour leurs propres patients. La nomination d'un médecin à la tête de l'hôpital, notamment pour s'occuper des soins aux indigents, se fait toujours selon le principe de la rotation entre les médecins du lieu pour des périodes de

41 L'électricité notamment permet des innovations techniques telles que monte-plats et sonneries qui vont rationaliser, voire tayloriser, le travail du personnel soignant.

42 BCU, Rapport annuel de l'hôpital de Montreux 1881, 6–7.

trois à six mois. On fait à l'occasion appel à des spécialistes externes, notamment en matière de radiographie, mais l'infirmier reste d'abord un outil de santé publique pour les médecins installés dans la région.

Le personnel soignant fait preuve d'un changement qualitatif important avec l'arrivée des diaconesses de Saint-Loup dans l'ensemble des infirmeries locales, alors qu'elles n'étaient présentes que dans sept établissements à leur ouverture⁴³. Jusque-là, on avait recours à un personnel laïc de domestiques. Ces individus sans formation médicale particulière ne pourront pas soutenir le développement de la médecine hospitalière dans le cadre des nouvelles infirmeries et partout l'on aura recours aux diaconesses: elles apparaissent à Payerne (1885), Moudon (1888), Nyon (1895), Aigle (1896), Aubonne (1897), Orbe (1901), Château-d'Œx (1904) et Bex (1911). A la veille de la Première Guerre mondiale, les diaconesses de Saint-Loup sont présentes dans toutes les infirmeries régionales vaudoises. L'importance que les diaconesses prennent dans ces établissements entraîne une redéfinition des positions qui ne se fait pas toujours sans heurts avec le personnel laïc déclassé. Ainsi, à Montreux en 1887, les administrateurs de l'établissement se voient obligés de renouveler complètement le personnel de la maison suite aux conflits qui opposent diaconesses et employés laïcs. Ce sont les diaconesses qui accompagnent les médecins dans le processus de médicalisation du réseau hospitalier, grâce à des qualités professionnelles certaines et des valeurs de sacrifice, d'obéissance et d'abnégation qui correspondent aux attentes des administrateurs et des médecins.

Pourtant, ici aussi il faut se garder d'une vision linéaire et positiviste. L'omniprésence des diaconesses dans les infirmeries vaudoises n'a pas que des effets bénéfiques pour celles-ci. En effet, la maison mère de Saint-Loup ne possède pas vraiment d'école infirmière⁴⁴ et les diaconesses novices se forment essentiellement dans les infirmeries romandes, puis sont déplacées dans d'autres institutions au gré des décisions de la direction de Saint-Loup, qui garde la haute main sur ses diaconesses. Or, cette politique du personnel de la maison mère ne correspond pas toujours aux attentes des directions d'infirmeries qui voient d'un mauvais œil le départ de diaconesses formées, nécessaires au bon fonctionnement de leur institution.

Enfin, au niveau administratif, on n'observe pratiquement pas de changements significatifs: les infirmeries restent des institutions philanthropiques

43 Il s'agit souvent d'institutions anciennes et/ou de grande taille, soit dans l'ordre chronologique: Saint-Loup (1852), Yverdon (1857), Vevey-Samaritain (1858), Rolle (1860), Morges (1869), Montreux (1877) et Sainte-Croix (1880).

44 Les diaconesses novices reçoivent dès 1856 une formation pratique de la part du médecin de l'infirmerie de Saint-Loup attachée à leur maison. Mais cet établissement est très petit (228 malades sont soignés en 1853, 300 en 1873, 392 en 1893 et 766 en 1913).

dont la gestion est peu professionnalisée. Il n'y a pas d'économe ou de directeur à leur tête. C'est la diaconesse supérieure qui s'occupe de l'ensemble des affaires internes, alors que la gestion financière est assurée par une commission administrative, son président et son caissier. Il n'y a pas vraiment de division précise des tâches entre les divers administrateurs. Il faut attendre l'Entre-deux-guerres pour voir apparaître une organisation nouvelle.

Un financement qui reste traditionnel

Malgré l'extension de leurs activités vers la fin du XIX^e siècle, les infirmeries conservent le type de financement qui était le leur à l'origine, c'est-à-dire un financement reposant sur les pensions de malades (à l'occasion payées par les collectivités publiques ou les assurances), les ressources propres et les dons. Ce mode de financement sur lequel les administrateurs ont peu d'emprise permet difficilement un développement à long terme des infirmeries et les nouvelles infrastructures hospitalières mises en place à la fin du XIX^e siècle connaissent des soucis financiers comparables à ceux qui ont découlé de l'ouverture de l'infirmerie de Montreux en 1877 (voir ci-dessus).

Quelques infirmeries relativement riches se développent sans recours à l'emprunt. C'est le cas à Aubonne dans les années 1880, à Nyon en 1897 et à Vevey-Samaritain, où un don de 50 000 francs permet l'ouverture d'une annexe pour enfants en 1889.

Certaines ont moins de chance. Celle de Rolle voit sa fortune engloutie en 1899 dans des transformations architecturales. Dans d'autres nombreux cas, le recours à des capitaux externes est la seule solution possible pour assurer le développement de la maison. Parfois, l'emprunt bancaire n'est que temporaire et n'entraîne pas à terme de dépendance financière grave; à Moudon, un bâtiment neuf est construit en 1888 grâce à des dons et un emprunt qui est amorti trois ans plus tard. Mais souvent, l'emprunt est lourd de conséquences. A Aigle, dans le but de construire une infirmerie, on fonde en 1869 une société immobilière à qui on verse les bénéfices d'exploitation. Cette société contracte une dette pour la construction des nouveaux bâtiments qui sont mis à disposition de l'infirmerie moyennant le paiement d'une location et de l'amortissement de l'emprunt. Jusqu'en 1885, on verse ainsi chaque année une très large partie des bénéfices d'exploitation à la société immobilière. Cette dépendance financière entraîne à l'occasion un retard dans les investissements, comme en 1877/78, lorsque l'on décide de suspendre la construction d'un local de bains et de buanderie, finalement exécutée en 1879. Ce n'est que dans la seconde partie des années 1880 que la charge financière

diminue notablement (la dette hypothécaire étant pratiquement nulle). Les bénéfices d'exploitation sont alors thésaurisés et permettent des rénovations en 1904.

Ces problèmes financiers montrent la difficulté de réaliser des investissements d'importance dans le cadre d'un financement traditionnel très dépendant de la générosité privée. Pourtant, malgré ces difficultés, le mode de financement des infirmeries n'est fondamentalement pas remis en question. Il n'y a guère qu'à Morges que l'on rencontre des problèmes insolubles dans le cadre gestionnaire philanthropique. La nouvelle infirmerie ouverte en 1897 pour un coût total de plus de 110 000 francs n'entraîne qu'une faible dépendance financière (emprunt de 17 000 francs) mais engloutit la fortune de l'institution. La part de l'autofinancement dans les recettes de la maison n'est que de 2% en 1900, alors qu'elle était de 11% en 1885, si bien que l'ensemble des recettes ne couvre que 65% des dépenses d'exploitation cette année-là, et 59% en 1906. Cette mauvaise situation est finalement maîtrisée par de nouvelles ressources engendrées par une hausse des prix de pension et l'augmentation du financement privé, grâce à l'organisation de ventes. De plus, on demande officiellement en 1909 aux communes du district d'inscrire à leur budget une contribution à l'hôpital. Quelques-unes acceptent ce financement, mais comme un don volontaire de leur part. Confrontée aux mêmes problèmes, l'infirmerie de Montreux tente aussi un recours auprès des communes, mais sans succès.

Ces exemples montrent bien les difficultés qu'ont les administrateurs à dégager les ressources nécessaires à des investissements lourds dans un cadre gestionnaire traditionnel. Très souvent, il ne reste que peu de solutions: l'augmentation du prix de la pension et surtout l'organisation de ventes de charité. Ainsi, à Montreux, la première de ces ventes est organisée en 1897 et rapporte un bénéfice net de 25 000 francs qui permet de se libérer de la dette bancaire et d'agrandir. Mais de nouvelles difficultés naissent de l'insuffisance des ressources, et l'on organise une seconde vente en 1902, qui produit 34 500 francs qu'on utilise à nouveau pour régler les dettes et installer le chauffage central en 1904. Ces manifestations, bien que sporadiques, deviennent essentielles au bon fonctionnement des infirmeries.

Finalement, le moyen le plus utilisé par les infirmeries pour augmenter leurs ressources est l'augmentation du prix de la journée de pension dont l'importance grandissante dans le financement des infirmeries est reflétée par le tableau 4 ci-dessous. On reporte donc sur les malades et ceux qui les subventionnent l'augmentation des dépenses hospitalières. Même si les sources ne permettent que très difficilement d'évaluer la part des assurances, des communes et de l'Etat dans le paiement des pensions, on peut toutefois affir-

Tab. 4. Ressources financières des infirmeries locales vaudoises, vers 1900.

Type de ressource	Aubonne 1912	Montreux 1900	Morges 1900	Nyon 1900	Sainte-Croix 1900	Vevey-Samaritain 1895	Vevey-Providence 1915
Propres	42%	–	2%	11%	26%	10%	30%
Privées	8%	55%	55%	17%	37%	67%	9%
Pensions	49%	43%	38%	72%	37%	23%	61%
Divers	1%	2%	5%	–	–	–	–

Source: BCU, Rapports annuels des établissements.

mer que la part des malades admis gratuitement à l'infirmerie diminue très largement. A leur origine, les infirmeries se voulaient d'abord des établissements médicaux d'accueil pour les classes populaires et acceptaient de très nombreuses hospitalisations gratuites. Ainsi à Saint-Loup en 1853, on hospitalise gratuitement 200 des 228 malades admis cette année-là (soit 88% des admissions). Mais, face au succès de ces infirmeries auprès d'un large public qui n'est pas seulement celui des déshérités, les diverses administrations vont restreindre cette politique caritative d'accueil et faire participer les hospitalisés au financement de l'institution. La part d'hospitalisations gratuites passe à 12% à Aigle entre 1878 et 1894⁴⁵; 3,5% à Orbe entre 1880 et 1892⁴⁶; etc.

Si la part des accueils gratuits diminue, on ne reporte pas uniquement les frais d'hospitalisation sur les malades eux-mêmes. On observe à l'occasion la participation de caisses de secours mutuels et des premières assurances mais leur implication est encore faible: elles assument par exemple les frais de 6% des individus hospitalisés à Aigle entre 1878 et 1894⁴⁷. Il y a aussi les communes qui financent tout ou partie des hospitalisations de leurs indigents: cela représente 30% des patients à Aigle entre 1878 et 1894⁴⁸. Enfin, il y a l'Etat qui subventionne certains assistés et des malades qu'on ne peut admettre à l'hôpital cantonal faute de place. Il assume à lui seul 30% des malades à Aubonne en 1912; 12% à Aigle entre 1878 et 1894⁴⁹; 67% à Sainte-Croix en 1900. Le prix de la journée d'hospitalisation payée par l'Etat devient rapidement l'enjeu d'âpres négociations qui mèneront les infirmeries vaudoises à s'organiser petit à petit en lobby. A l'origine, on assiste à des ré-

45 Source: Lehmann-Jomini 1978, 21.

46 Source: Lehmann-Jomini 1978, 21.

47 Source: Lehmann-Jomini 1978, 21.

48 Source: Lehmann-Jomini 1978, 21.

49 Source: Lehmann-Jomini 1978, 21.

unions sporadiques de délégués des infirmeries pour définir les relations avec l'Etat, son nouvel hôpital cantonal et le montant de la journée d'hospitalisation payée aux infirmeries (1884) ou pour refuser une baisse des subsides (1903). Le mouvement est encore mal organisé et peu revendicateur. Il deviendra plus structuré dans l'Entre-deux-guerres, lorsque le redéploiement du système hospitalier nécessitera une intervention massive de l'argent public.

L'Entre-deux-guerres: vers l'hôpital régional

Les infirmeries locales qui avaient opéré une modernisation de leurs infrastructures à la fin du XIX^e siècle connaissent un succès grandissant qui nécessite un développement de leurs capacités d'accueil. En effet, les progrès de la chirurgie et les installations hospitalières coûteuses (rayons X, diathermie, etc.) favorisent l'hospitalisation de l'ensemble de la population, et non seulement des seuls indigents. C'est la croissance de cette demande qui nécessite dans les années 1920 et 1930 la création de bâtiments hospitaliers neufs et plus grands. Or, ce changement d'échelle remet en question l'ensemble du fonctionnement de ces maisons. On ne peut en effet plus gérer, financer et organiser des établissements qui comptent près d'une centaine de lits comme on le faisait des infirmeries beaucoup plus petites. La vaste réorganisation dont est l'objet le système hospitalier débouche après 1945 sur l'existence d'un réseau dense d'hôpitaux régionaux généralistes de haute qualité.

Une nouvelle infrastructure hospitalière

Afin de faire face à la demande croissante des hospitalisations et à la saturation des établissements⁵⁰, les diverses administrations hospitalières décident la construction de nouveaux bâtiments et diverses transformations architecturales d'envergure. Ces travaux permettent de faire passer le nombre total de lits disponibles dans les hôpitaux régionaux vaudois de 607 en 1909 à 1340 en 1942, soit une croissance de 121 %⁵¹. En 1942, on observe des hôpitaux d'au moins cent lits à Montreux (100 lits), Yverdon (162) et Saint-Loup

50 Les rapports annuels sont le lieu de plaintes récurrentes des médecins concernant l'encombrement de leur établissement.

51 Sources: «Statistique des hôpitaux et hospices de la Suisse au 31.12.1909», *Journal de Statistique Suisse* (1910) 283–318; *Les établissements pour malades en Suisse de 1936 à 1942*, Bureau fédéral de la Statistique (Berne 1945).

(186). C'est aussi durant cette période qu'on ouvre des établissements dans la vallée de Joux (1934) et le Lavaux (1942), après plusieurs décennies de palabres⁵².

La modernisation de l'infrastructure médicale se réalise essentiellement dans le cadre de ces nouveaux bâtiments. Les seules véritables innovations sont l'apparition de services de maternité et de laboratoires d'analyses. On observe aussi l'apparition (Montreux 1927, Payerne 1931) ou le renouvellement des installations de rayons X, ainsi qu'une amélioration des salles d'opération. La chirurgie occupe toujours une place de choix dans ces hôpitaux. Lorsque les moyens le permettent, on crée un service distinct, comme à Rolle en 1927, pour lequel on fait appel à un chirurgien externe.

Vers une réorganisation générale de l'hôpital

Le développement des hôpitaux va remettre en question l'organisation traditionnelle des infirmeries qui reposait sur l'omniprésence et l'omnipotence des diaconesses, sur un service médical exercé par divers praticiens selon le principe du tournus et sur une administration très peu présente dans les affaires internes de la maison. Or, l'émergence des hôpitaux régionaux généralistes modifie complètement cette organisation et débouche sur une redistribution des tâches et une révision des hiérarchies. On aura à terme des établissements dans lesquels ce sont les médecins et les économes, nouveaux managers hospitaliers, qui décident et les infirmières, diaconesses ou non, qui obéissent. Comme on peut l'imaginer, ce changement ne se fait pas sans douleur.

Tout d'abord, ces hôpitaux redimensionnés vont nécessiter un personnel soignant accru: à Aigle, on passe de 15 employés en 1931 à 28 en 1945⁵³. Les diaconesses de Saint-Loup occupent toujours une place très importante au sein des services médicaux, notamment dans les échelons supérieurs de la hiérarchie⁵⁴, mais elles ne suffisent pas à combler la demande à elles-seules. Toutes les administrations hospitalières demandent régulièrement à Saint-Loup d'augmenter le nombre des sœurs destinées à leur établissement. Il devient vite très difficile à la maison mère de répondre à toutes ces demandes. Face au manque de disponibilités, les diaconesses sont même retirées de Château-d'Œx en 1945, préfigurant le grand retrait des années 1960. A Vevey-Provi-

52 Sur la gestation de l'infirmerie de Lavaux, voir l'excellent mémoire de licence de Lehmann-Jomini 1978.

53 Chiffres sans les médecins.

54 Infirmière-chef, responsable de salle, etc.

dence, les administrateurs de cet hôpital catholique connaissent des problèmes de recrutement identiques. Lorsque l'on s'adresse en 1944 à la maison mère de Baldegg (LU)⁵⁵, on affirme être prêt à engager «même une laïque si nécessaire»⁵⁶.

On fait aussi appel à un personnel laïc qualifié provenant d'autres filières de formation, telle que l'Ecole de La Source de Lausanne qui envoie dans les années 1930 des stagiaires dans plusieurs hôpitaux vaudois (Aigle, Nyon, etc.). De même, l'ouverture de laboratoires entraîne l'engagement de laborantines laïques diplômées (Montreux 1934, Château-d'Œx 1943, Payerne 1943, Nyon 1944, Rolle 1946, etc.). Malgré ses qualifications professionnelles, ce personnel paramédical laïc a des conditions de travail plus qu'élémentaires. Ainsi, la laborantine engagée à Montreux en 1934 reçoit pour seul salaire les repas pris à l'hôpital, qu'elle quitte d'ailleurs après 6 mois de travail. Même si l'on recourt à des professionnelles laïques, on continue de concevoir leur travail selon l'idéal philanthropique traditionnel: le service aux malades fait dans le silence, l'abnégation et le sacrifice est toujours conçu comme partie intégrante de la féminité⁵⁷.

Au niveau du service médical, ce changement d'échelle nécessite certaines remises en question. Le système traditionnel du tournus entre les divers praticiens de la place devient peu à peu incompatible avec ces nouveaux hôpitaux qui nécessitent une présence de chaque instant. Mais les médecins eux-mêmes refusent d'abandonner leur pratique privée. Ils combattent aussi la nomination de médecins hospitaliers et la fermeture des établissements aux autres praticiens, qui ont eux-mêmes besoin des infrastructures de l'établissement (rayons X, salles d'opération) pour leur pratique privée. On résout provisoirement le problème en nommant de jeunes diplômés comme médecins internes dans certains hôpitaux (Montreux 1928, Vevey-Samaritain 1930, Nyon 1940). L'arrivée de ces praticiens entraîne à l'occasion une profonde remise en question des hiérarchies et des conflits avec les diaconesses⁵⁸. Dans d'autres établissements, on va plus loin et la réforme du service médical conduit à la nomination de médecins à la tête des services (médecine et chirurgie) et la fermeture de l'hôpital pour les autres praticiens. C'est notamment le cas à Sainte-Croix (1940) et à Yverdon (1940).

Enfin, on voit apparaître un renforcement du contrôle administratif laïc dans ces établissements, avec notamment la création de postes d'économistes

55 Les sœurs de Baldegg (LU) desservent l'Hôpital de la Providence dès 1921.

56 Hôpital de Vevey-Providence, Procès-verbaux du Comité, 13 septembre 1944.

57 Voir Joëlle Droux, *L'attraction céleste. La construction de la profession d'infirmière en Suisse Romande (19^e-20^e siècles)*, Thèse de doctorat, Université de Genève (Genève 2000) 910.

58 Comme c'est le cas à Nyon entre 1940 et 1944, suite à la nomination comme interne d'une doctoresse d'origine allemande.

(Montreux 1923, Nyon 1943, Rolle 1948) chargés de la direction administrative de la maison, qui était menée jusque-là principalement par le président, le secrétaire et le caissier de la Commission administrative. De plus, lorsque la fonction d'économe n'existe pas, on observe la main-mise de professionnels de la gestion de biens publics sur les postes clés des organes directeurs. Ainsi à Payerne, la place de président du Comité est occupée dès 1913 par le syndic de Payerne, alors qu'elle l'était par des pasteurs entre 1867 et 1913.

L'arrivée des économes dans les hôpitaux remet en question la place dominante qu'exerçaient alors les diaconesses. La position suivante prise par la sœur supérieure de l'hôpital de Rolle en 1948 illustre tout à fait ces conceptions opposées de l'institution hospitalière:

[...] Elle exprime le désir que la vente annuelle n'ait plus lieu un dimanche, même si le bénéfice devait s'en trouver réduit, Dieu devant bien trouver le moyen de combler d'une autre façon nos besoins. Une telle conviction fit une profonde impression. Mr Chêne remercie Sœur Marie-Madeleine de ce qu'elle vient de dire: «Vous avez touché mon point faible», lui dit-il; «Je sais bien qu'il nous faut avoir confiance en Celui qui dirige tout, mais je ne puis m'empêcher de rappeler que les besoins financiers doivent être résolus pour eux-mêmes.»⁵⁹

Les premiers pas vers un financement public

La construction des nouveaux hôpitaux entraîne pour la majorité d'entre eux des difficultés qui posent le problème de leur financement. En effet, même si l'Etat intervient de manière importante pour soutenir de nouvelles infrastructures, sa participation ne suffit pas à couvrir l'ensemble des dépenses qui dépassent les capacités d'autofinancement et de financement privé (dons). Partout on doit recourir aux capitaux externes (emprunt bancaire) qui mènent les hôpitaux à une dépendance financière. La charge financière (intérêts et amortissements) représente 10% des dépenses d'exploitation à Orbe en 1935, 11% à Vevey-Samaritain en 1930, 12% à Montreux en 1930 et entraîne un déficit chronique de ces institutions. La dépendance financière est particulièrement forte à Nyon. En effet, l'hôpital ouvert en 1938 est très coûteux (près de 650 000 francs) et engloutit recettes, bénéfices et fortune: en 1940, les charges financières se montent à 79 000 francs sur un total de 202 150 francs de dépenses, soit 39%.

On rencontre aussi des hôpitaux pour qui la charge financière est beaucoup plus faible (Sainte-Croix 8% en 1949; Rolle 7% en 1939; Aubonne 5% en 1938; Yverdon 2% en 1945) mais qui présentent aussi un déficit chronique.

59 Hôpital de Rolle, Procès-verbaux de la Commission administrative, 13 avril 1948. Souligné par P.-Y. D.

Ce n'est donc pas toujours des investissements trop lourds qui grèvent les budgets hospitaliers. Lorsqu'il y en a, ils ne font qu'accentuer une tendance générale au déficit qu'on rencontre dans l'ensemble des hôpitaux vaudois. Il faut donc plutôt rechercher une explication de nature structurelle et se pencher du côté des ressources difficilement extensibles.

La structure des revenus hospitaliers est grossièrement identique à celle des infirmeries philanthropiques, mais la part des diverses rubriques a largement évolué (tab. 5). L'autofinancement et les dons représentent une part de plus en plus marginale, alors qu'on observe l'importance croissante des pensions d'hospitalisés et l'apparition d'un financement public direct (communes). Il s'agit là des deux sources de financement principales qui permettront la croissance rapide du système hospitalier entre 1945 et 1975.

Dans cette structure de financement, l'augmentation du prix de la journée d'hospitalisation apparaît comme une solution facilement réalisable et qui ne remet pas le système en question. On reporte ainsi les nouvelles charges sur les hospitalisés eux-mêmes ou, indirectement, sur les collectivités publiques (Etat et communes) et les assurances qui les subventionnent. Les sources ne permettent que très difficilement de connaître ces diverses participations au financement des pensions hospitalières. En général, les assurances sont encore très peu présentes avant 1945. A Montreux, elles s'acquittent de 9% des journées totales en 1920 et de 8% en 1930; en 1938, les assurances financent les hospitalisations de 155 malades sur 868, soit 17%.

Les collectivités publiques jouent un rôle beaucoup plus important dans le paiement de tout ou partie des pensions d'indigents. Ainsi, à Montreux, les communes financent 9% des journées en 1920 et 12% en 1930 et l'Etat 32% en 1920 et 18% en 1930. En 1938, l'Etat s'acquitte de la pension de 22% des 868 malades. A Château-d'Œx, les pensions versées par l'Etat assurent 52% du financement total en 1937, puis environ un tiers pour la période 1938–1946.

Enfin, les malades eux-mêmes assument de plus en plus leur propre hospitalisation. Les progrès de la médecine hospitalière, notamment dans le domaine chirurgical, appellent à l'hôpital toute une population non indigente qui paie elle-même les soins reçus. En 1938, on ne compte à Montreux que deux hospitalisés gratuits sur un total de 868 malades (soit 0,2%). Même si l'on met à contribution les collectivités publiques et les assurances, le développement des hôpitaux durant les années 1920 et 1930 est essentiellement supporté par les malades eux-mêmes. Lors de la discussion du financement de la réorganisation générale de l'Hôpital de Rolle en 1945/46, un administrateur affirme que «la plupart des frais peuvent être récupérés sur les notes aux malades»⁶⁰.

60 Hôpital de Rolle, Procès-verbaux du Bureau, 8 février 1946.

Tab. 5. Ressources financières des infirmeries vaudoises (1920–1940).

Etablissement	Propres	Privées	Pensions	Communes	Divers
Aubonne 1938	5%	–	91%	4%	–
Château-d'Œx 1937	2%	7%	91%	–	–
Montreux 1920	–	40%	57%	–	3%
Montreux 1930	1%	–	76%	21%	2%
Morges 1930	1%	33%	63%	–	3%
Nyon 1920	24%	16%	56%	3%	1%
Vevey-Providence 1920	45%	17%	38%	–	–
Vevey-Providence 1930	44%	1%	55%	–	–
Vevey-Samaritain 1920	12%	41%	47%	–	–
Vevey-Samaritain 1930	18%	21%	61%	–	–

Tout aussi importantes soient-elles, ces augmentations des prix de pension ne suffisent pas à pallier les manques du système philanthropique de financement. Il va falloir faire appel à la contribution directe de nouveaux acteurs: les communes. Leur apparition dans le financement direct des hôpitaux correspond d'ailleurs à l'émergence d'une nouvelle manière de penser le social comme devoir public, qui mènera à l'Etat-Providence d'après-guerre. C'est souvent la construction de nouveaux bâtiments qui, en rompant l'équilibre précaire des finances, pose la question du financement public. La participation des communes ne se fait pas sans peine. Très souvent, elles acceptent une contribution volontaire en faveur de l'hôpital mais refusent d'officialiser ces dons (Aubonne, Morges, Orbe, Payerne, Vevey-Providence, Vevey-Samaritain, Yverdon). Dans quelques rares cas, les communes acceptent cette officialisation (Montreux 1926, Aigle 1944) qui se généralisera dans les années 1950 et 1960.

L'intervention de l'Etat remise en question⁶¹

Dans les années 1920 et 1930, la participation de l'Etat au développement du réseau hospitalier se fait plus importante. La part des infirmeries dans les dépenses totales du Service des Hospices⁶² passe de 5,2% en 1920 à 7,2% en 1930

61 Voir ici encore l'excellente synthèse de Catherine Lehmann-Jomini, *La genèse de l'Infirmerie de Lavaux* (1978) 27–32, dont j'ai tiré de nombreuses informations.

62 Source: Comptes-rendus du Conseil d'Etat. La part des infirmeries comprend les subsides de construction et le paiement des pensions d'indigents. Le Service des Hospices comprend, outre les infirmeries régionales, l'hôpital cantonal, l'Hôpital de Cery, les bains de Lavey, etc.

et 8,0% en 1940. Si l'on compare les dépenses de l'Etat pour les infirmeries aux dépenses ordinaires totales de l'Etat, on observe aussi une importance croissante des infirmeries: cette proportion passe de 0,5% en 1920 à 0,7% en 1930 et 0,9% en 1940. Cet engagement croissant de l'Etat entraîne à la fin des années 1930 une réaction en provenance de l'hôpital cantonal et de la faculté de médecine et une remise en question du système sanitaire cantonal.

Dès la fin du XIX^e siècle, la fixation du prix de la journée d'hospitalisation remboursée par l'Etat donne lieu à des négociations serrées entre l'Etat et les infirmeries. Or, la journée subventionnée par l'Etat ne couvre grossièrement que la moitié du coût réel d'une journée d'hospitalisation⁶³ devenue très coûteuse suite aux divers aménagements des années 1920 et 1930. Afin de défendre leurs intérêts et de lutter en faveur d'une augmentation de la participation de l'Etat, les infirmeries se groupent en une Association des infirmeries vaudoises, officiellement créée en 1930 sur la base d'une expérience ancienne de lobbying. Mais le moment n'est pas à un engagement plus massif de l'Etat dans le financement des hôpitaux régionaux. Bien au contraire, on commence de le remettre en question.

C'est au niveau des subventions de construction qu'apparaît un net changement. Dans ce domaine, la participation de l'Etat est décisive pour plusieurs hôpitaux: Montreux reçoit 16 270 francs en 1934, Saint-Loup 44 876 francs en 1935, Rolle 48 150 francs en 1936, Nyon 44 000 francs en 1938. Ce subsidie est le dernier octroyé par l'Etat en vertu d'un décret du Conseil d'Etat (24 mars 1936) suspendant de telles subventions en raison de la situation financière de l'Etat. Ce décret, pris sur préavis du Conseil de Santé qui raisonne en termes d'organisation hospitalière, est la première manifestation d'une politique hospitalière cantonale envisagée dans sa globalité, sous l'influence du professeur Pierre Decker⁶⁴, chef du service de chirurgie à l'hôpital cantonal (1932). Pour bien saisir cette réaction, il faut avoir à l'esprit le développement qu'a pris l'hôpital cantonal après 1914⁶⁵. Suite à divers aménagements d'envergure (Maternité et Clinique infantile 1916, Pavillon Bourget pour tuberculeux 1917, Hôpital Sandoz 1932, Hôpital Nestlé 1935, Institut d'anatomie pathologique 1942, etc.), on assiste à l'émergence d'une véritable cité hospitalière sur les hauts de Lausanne. A l'hôpital cantonal, on passe de 195 541 journées de malades en 1914 à 356 070 journées en 1945, soit une

63 Calculée en divisant les dépenses totales d'exploitation par le nombre total de journées d'hospitalisation.

64 Pierre Decker (1892–1967): Etudes de médecine à Lausanne, chef de clinique, professeur de clinique chirurgicale et chef du service de chirurgie à l'hôpital cantonal (1932–1957), doyen de la faculté de médecine (1946–1948).

65 Voir Saudan 1991, 139–154.

hausse de 82%. La crise des finances publiques vaudoises vient renforcer le sentiment d'un besoin de réforme globale du système de santé de la part des autorités sanitaires. Afin d'assurer un développement continu à l'hôpital cantonal et de donner des moyens de pointe à son secteur chirurgical, le professeur Decker réclame l'intervention de l'Etat dans l'organisation hospitalière du canton⁶⁶. Il estime en effet que le canton de Vaud a une trop grande densité hospitalière et qu'on a affaire généralement à des hôpitaux généralistes très bien équipés mais trop petits pour amortir de lourds investissements. Il demande que les hôpitaux régionaux deviennent complémentaires de celui de l'Etat en prenant en charge essentiellement une population non guérissable (vieillards, incurables, malades chroniques). Si elles n'ont pas d'incidences directes sur la politique sanitaire, ces propositions seront en partie reprises après 1945 dans le cadre du Plan hospitalier de 1966 qui va hiérarchiser les établissements de soins du canton.

L'explosion du système hospitalier dans les Trente glorieuses (1945–1975) et son redéploiement après 1975

Il faudrait plus que quelques pages pour appréhender le développement de la santé publique et du système hospitalier après 1945 dans toute sa complexité. La multiplication d'études sur ce sujet, souvent centrées sur les aspects gestionnaires et financiers, témoigne de l'ampleur du phénomène⁶⁷. Je n'ai pas l'ambition d'analyser ici le développement du système hospitalier dans sa globalité après 1945 mais simplement de mettre en évidence quelques lignes de force, dans la continuité de ce qui a été exposé jusqu'ici.

L'explosion (1945–1975)

Tout d'abord, il est bien justifié de parler d'*explosion* du système hospitalier pour la période 1945–1975 tant sa croissance va prendre des dimensions vertigineuses. Quelques chiffres suffisent à s'en convaincre. Au niveau

66 Un rapport daté du 14 janvier 1939 résume l'ensemble de ses propositions. Ce document se trouve notamment aux archives de l'Hôpital de Nyon.

67 Pour ne citer que l'une d'entre elles parmi une bibliographie gigantesque, voir Charles Kleiber, *Questions de soins. Essai sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins* (Lausanne 1992) 456. Cette thèse de sciences économiques s'attache à travers l'exemple suisse et vaudois à démontrer la croissance généralisée de notre système de santé après 1945 et à réfléchir à une réorganisation du système hospitalier, pensé de manière systémique et globale.

suisse⁶⁸, les dépenses totales d'exploitation des hôpitaux passent de 495 millions en 1950 (105 francs par habitant) à 3477 millions en 1974 (540 francs par habitant), soit une hausse de 602%. A l'échelle locale aussi les chiffres donnent le vertige. Entre 1960 et 1975, le coût de la journée d'hospitalisation⁶⁹ est multiplié par 8,4 à Aigle; 12,7 à Montreux; 10,9 à Nyon; 7,3 à Vevey-Samaritain; etc. A Montreux, en 1975, on compte près de 30 000 clichés de rayons X, plus de 76 000 analyses de laboratoire et plus de 168 000 repas distribués.

Cette extension hospitalière se fait dans le cadre d'une infrastructure sans cesse modernisée et réaménagée. Dans chaque établissement, rénovations, agrandissements et nouveaux bâtiments se succèdent à un rythme effréné. On assiste notamment à l'ouverture de quelques grands hôpitaux dans la décennie 1965–1975: 210 lits à Yverdon (1965), 155 lits à Vevey-Samaritain (1967), 220 lits à Morges (1973), 135 lits à Payerne (1973), 184 lits à Montreux (1973), etc. Ces établissements sont désormais divisés en services distincts à la tête desquels on nomme un médecin responsable. Très rapidement, les progrès fulgurants de la thérapeutique débouchent sur une multiplication de ces divisions. Alors qu'on avait au départ deux uniques services de médecine et de chirurgie, on voit apparaître ceux de radiographie, de maternité, de pédiatrie, d'ORL, de physiothérapie, etc. Tout ce que la médecine réalise comme progrès scientifique est rapidement intégré à l'hôpital. Même les hôpitaux les plus petits opèrent ces diversifications et font appel à des spécialistes comme consultants externes.

Le développement phénoménal de ces établissements hospitaliers nécessite un personnel soignant de plus en plus nombreux et compétent. Or, la croissance de la demande, doublée de la sécularisation de la société et de la crise des vocations, ne permet plus à la maison de diaconesses de Saint-Loup d'envoyer en masse ses sœurs dans les hôpitaux du canton. Elles en sont même progressivement retirées, essentiellement dans les années 1960 (Nyon 1964, Orbe 1967, Montreux 1969, Rolle 1969, Yverdon 1969, Aigle 1971, Vevey-Samaritain 1971, La Vallée 1981, Sainte-Croix 1988), et remplacées par un personnel laïc, provenant d'autres filières de formation⁷⁰, à qui il faut accorder des conditions de travail normalisées (salaire, horaire de travail, vacances, assurances, caisses de retraite, etc.). Dans les budgets hospitaliers, la part des charges salariales devient écrasante. Pour l'ensemble des hôpitaux suisses, les charges salariales représentent 44,3% des dépenses ordinaires totales en 1950 et 70,2% en 1974⁷¹.

68 Informations tirées de Pierre Gilliand (dir.), *Démographie médicale en Suisse: santé publique et prospective 1900–1974–2000*, Office statistique de l'Etat de Vaud (Lausanne 1976) 57.

69 Sans indexation des prix. Informations tirées de l'ouvrage du Dr Gustave Piotet, *La médecine au service du malade* (Neuchâtel 1979) 176.

70 Voir Droux 2000.

71 Gilliand 1976, 58.

Cette croissance extraordinaire va nécessiter l'intervention massive des collectivités publiques. Afin d'assurer le développement des hôpitaux locaux, les communes vont devoir passer à la caisse et admettre une participation financière officialisée (Yverdon 1955, Payerne 1957, Aigle 1959, Aubonne 1960, Nyon 1962, Orbe 1963, Morges 1968, etc.). Mais souvent cette participation n'est pas suffisante à la bonne marche des établissements. Ainsi à Yverdon, en 1968, la contribution des communes ajoutée aux ressources privées (dons) suffit à peine à payer les intérêts de la dette, sans amortissements.

Dans ces conditions, l'aide de l'Etat et des assurances est primordiale⁷². Ces deux partenaires deviennent les principaux bailleurs de fonds des hôpitaux après 1945. Afin d'optimiser le système, les autorités vaudoises exigent des hôpitaux une uniformisation de la comptabilité⁷³ (1951) qui permet l'adoption d'une nouvelle convention (1953) puis d'une seconde qui accorde enfin aux hôpitaux le remboursement du prix réel de la journée d'hospitalisation (1955). La première convention vaudoise d'hospitalisation entre les hôpitaux et ses partenaires financiers est signée en 1960. Enfin, l'intervention de l'Etat aboutit en 1966 à l'adoption du premier Plan hospitalier vaudois, qui divise le canton en zones sanitaires et hiérarchise les divers établissements de soins.

Cette première intervention directe de l'Etat dans l'organisation hospitalière cantonale n'entraîne pourtant pas une critique du système. Le climat d'euphorie économique favorise plutôt la garantie d'emprunts bancaires par le Grand Conseil et l'apparition d'une infrastructure hospitalière sur-développée. La crise économique des années 1970 et la contestation post-soixante-huitarde remettront bientôt en cause le système hospitalier dans son ensemble.

La restructuration (après 1975)

La crise financière de l'Hôpital de Rolle en 1975/76⁷⁴ est tout à fait symptomatique de ces Trente glorieuses insouciantes engagées dans une dynamique de croissance sans fin. Dès le milieu des années 1970, les difficultés

72 Les sources consultées ne permettent malheureusement pas d'isoler les parts respectives de l'Etat et des assurances dans le financement des hôpitaux après 1945.

73 On divise les comptes d'exploitation en un compte hôtelier et un compte médical.

74 En état de faillite en 1977, l'établissement sera sauvé en 1978 grâce à l'engagement financier de l'Etat (31,2%), des banques (24,3%), des communes (19,9%), de l'hôpital (12,4%) et d'autres partenaires (caisses-maladie, etc. 12,2%). Un document de 4 pages rédigé par la direction de 1977 et intitulé *Hôpital de Rolle. Pourquoi? Comment? Les questions que l'on se pose à propos de l'assainissement de l'hôpital de Rolle* (document conservé dans les archives de l'Hôpital de Rolle) donne une excellente vue synthétique de l'affaire.

matérielles qui touchent tous les hôpitaux du canton amènent l'Etat à poser de nouvelles conditions à son intervention. Il ne sera désormais plus le bailleur de fonds sans autorité qu'il est depuis l'Entre-deux-guerres. Les impératifs financiers lui imposent des choix dans ses interventions. Dix ans après l'adoption du Plan hospitalier de 1966, on assiste à une véritable politique hospitalière de la part de l'Etat dont le but est le maintien d'une offre hospitalière de qualité dans le cadre d'une limitation maximale des dépenses. Schématiquement, on peut évaluer l'intervention de l'Etat de deux manières: la réorientation des petits hôpitaux généralistes et la mise en réseau des établissements de soins.

La hiérarchisation des hôpitaux va mener à une redéfinition du rôle des petits hôpitaux généralistes. En effet, les développements techniques de la médecine, l'amélioration des moyens de transport et les impératifs financiers de l'Etat ne permettent plus à tous les hôpitaux de maintenir en place une infrastructure hospitalière généraliste de haute qualité. Celle-ci est maintenue dans quelques établissements désignés comme hôpitaux de zone (Morges, Montreux, Nyon, Yverdon, etc.) qui restent à la pointe du progrès. Quant aux établissements plus petits, ils subissent les décisions des autorités publiques qui exigent la fermeture de maternités (Aubonne 1983, La Vallée 2000, Moudon 2000) et de blocs opératoires (Aubonne 1987). Dans le même ordre d'idées, l'Etat remet en cause son aide à quelques hôpitaux particuliers au début des années 1980. On dénonce les conventions avec l'infirmier de La Source (1982) et l'hôpital de Vevey-Providence (1983) et l'on privatise l'infirmier Contesse de Romainmôtier dont on fait un EMS (1982).

On observe alors çà et là quelques actes de résistance locale (sauvetage de la maternité d'Aubonne 1980–1983; initiative cantonale *Pour des hôpitaux de proximité* rejetée par le peuple le 24 septembre 2000) mais qui ne parviennent pas à enrayer la réforme. Les hôpitaux régionaux et de demi-zone deviennent désormais véritablement complémentaires des hôpitaux de zone dans le sens qu'ils s'occupent de tâches différentes. Dans de nombreux cas, on observe une gériatrisation des petits hôpitaux généralistes et leur passage vers l'EMS. En 1990, la part de la gériatrie dans les journées totales d'hospitalisation est de 56% à Aubonne, 44% à Sainte-Croix et 47% au Sentier. L'Hôpital de Moudon est transformé en EMS en 2001. Certains de ces petits établissements cherchent alors des solutions originales et se spécialisent dans un créneau de soins particuliers. A Aubonne, on cherche sa voie entre l'onco-hématologie et une convalescence ciblée (maladies cardio-vasculaires et hernies discales) dans les années 1989–1991. A Rolle, c'est l'arrivée du Dr de Muralto qui met l'hôpital sur la voie de la pneumologie en 1993. Dans le cas de Sainte-Croix, c'est la mise en réseau des institutions de soins dans les années

1990⁷⁵ qui permet le maintien de l'hôpital généraliste. Enfin, dans de nombreux cas, on met en place des Unités d'accueil temporaire (UAT; Château-d'Œx, Aubonne, La Vallée) et des Centres de traitement et de réadaptation (CTR; Aubonne, Orbe) pour la prise en charge des séjours de moyenne durée.

Quoi qu'il en soit, le système hospitalier vaudois a perdu de son homogénéité après 1975. En diversifiant les hôpitaux, on cherche à les rendre complémentaires et à mettre en place des réseaux de soins.

Dans un premier temps, le rapprochement, voire la fusion, entre hôpitaux voisins n'est pas intégré à une politique globale de réorganisation du système hospitalier mais vise des économies d'échelle dans des régions décentralisées. C'est ce qui explique la signature d'un accord de principe sur la collaboration entre Château-d'Œx et Saanen (BE) en 1974 ou la fusion administrative des établissements d'Orbe et de Saint-Loup en 1984.

Finalement, ce n'est que très récemment que l'on s'est engagé systématiquement dans cette mise en réseau des institutions de soin et de réorganisation générale de la politique sanitaire cantonale. C'est en effet l'adoption des Nouvelles orientations de la politique sanitaire (NOPS) par le Grand Conseil en novembre 1997 qui inaugure l'ère de la mise en réseau. Certains ont déjà été officialisés entre 1998 et 2000 (resHO⁷⁶, GHOL⁷⁷, CHYC⁷⁸, HiB⁷⁹, EHC⁸⁰, HDC⁸¹, Hôpital Riviera⁸²) mais les grands changements sont à venir⁸³.

75 Le Centre de soins et de santé communautaire du Balcon du Jura (CSSC), inauguré en 2000, regroupe un hôpital, un EMS et un centre médico-social.

76 Réseau de soins hospitaliers Saint-Loup, Orbe, La Vallée.

77 Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (Nyon, Rolle).

78 Centre hospitalier Yverdon-Chamblon.

79 Hôpital intercantonal de la Broye (Payerne, Estavayer-le-Lac).

80 Ensemble hospitalier de La Côte (Morges, Aubonne, Gilly).

81 Hôpital du Chablais (Aigle, Monthey).

82 Vevey, Montreux, Blonay.

83 Pour suivre les développements actuels de la politique sanitaire vaudoise, voir le site internet www.nops.vd.ch.