Zeitschrift: Actes de la Société jurassienne d'émulation

Herausgeber: Société jurassienne d'émulation

Band: 104 (2001)

Artikel: Gestion nouvelle et médicalisation à l'hôpital du district de Porrentruy entre 1870 et 1940

Autor: Donzé, Pierre-Yves

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-550258

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 31.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Gestion nouvelle et médicalisation à l'hôpital du district de Porrentruy entre 1870 et 1940

Pierre-Yves Donzé

Jusqu'en 1870, l'hôpital de Porrentruy reste un établissement relativement peu médicalisé[1]. Cette institution multiséculaire[2] est certes richissime[3], mais son développement se voit entravé par la bourgeoisie bruntrutaine qui craint que l'Etat n'intervienne dans l'établissement. L'hôpital est au cœur de la question du partage des biens entre la bourgeoisie et la commune municipale au cours des années 1860. Après une décennie de lutte, les bourgeois de Porrentruy perdent leur mainmise absolue sur l'hôpital en 1870[4]. Par un coup de force politique, les radicaux appuyés par l'Etat de Berne mettent en place une nouvelle organisation hospitalière qui va mener la maison vers une véritable médicalisation voulue et poussée et vers des changements gestionnaires et organisationnels qui annoncent l'hôpital moderne. Dès 1870, la propriété de l'hôpital est partagée de manière égale entre la bourgeoisie[5], la municipalité et les communes du district. Entre 1870 et 1940, on va donc passer d'une petite infirmerie locale destinée aux indigents de la région[6] à un hôpital régional généraliste de haute qualité. Cette profonde transformation de l'institution est l'objet de cette petite étude, basée principalement sur des documents d'administration de l'Hôpital régional de Porrentruy[7].

Les autorités de l'hôpital

Les conflits politiques qui ont lieu durant les années 1860 à propos de la propriété de l'hôpital débouchent sur l'adoption d'un nouveau règlement d'administration en 1867, qui entre effectivement en vigueur dès l'année 1870. Il prévoit la création de deux organes administratifs, le Conseil général (appelé Conseil d'administration dès 1876) et la Direction.

Le Conseil général est l'autorité de surveillance et de contrôle de l'hôpital. Il définit les grands axes de la gestion du patrimoine hospitalier, il adopte le budget et accepte les comptes, il élit les membres de la

Direction. Comme l'hôpital est depuis 1870 la propriété commune de la municipalité, de la bourgeoisie et des communes du district de Porrentruy, chacune de ces collectivités publiques délègue ses représentants au Conseil général. Ils sont 27 au total entre 1870 et 1876, les neufs délégués de l'Etat étant statutairement les neuf membres du Conseil d'administration de l'Hospice des pauvres du district de Porrentruy[8]. Dès 1876, le Conseil d'administration est réduit à 15 membres.

J'ai pu recenser 99 individus qui sont, à un moment ou à un autre, membres de ce Conseil d'administration. On a essentiellement affaire aux notables bruntrutains. Les conseillers provenant d'une commune rurale ne sont que 15, dont six seulement sont nommés après 1900. L'attention portée à la campagne s'en trouve donc fortement réduite. La mise en place d'un service d'ambulance pour l'ensemble du district ne sera pas une priorité pour le Conseil d'administration[9]. De même, on décide en 1929 de n'accorder la gratuité des soins hospitaliers qu'aux seuls indigents de la ville de Porrentruy et non plus à ceux de l'ensemble du district. L'engagement politique des administrateurs est remarquable: on dénombre 23 députés au Grand Conseil bernois, trois conseillers nationaux, tous les préfets ainsi que tous les maires de Porrentruy. Le profil professionnel permet de dégager l'importance des professions juridiques (22.6%), des fonctionnaires communaux ou cantonaux, presque tous membres du parti radical (16.3%), des négociants (12.2%) et des industriels (8.2%). Les professions médicales (6.1%) sont très mal représentées[10]. On trouve quatre médecins, un pharmacien et un vétérinaire. Cette faible présence a pu nuire au développement médical de la maison. Les administrateurs sont en général d'excellents gestionnaires des affaires courantes, mais parfaitement ignorants de la science médicale. Pour ces hommes, des questions telles que le développement de l'infrastructure médicale ou l'hospitalisation des vieillards se résument à leurs dimensions politique et financière. Chaque innovation n'est acceptable que dans la mesure où l'on dispose dans l'immédiat des moyens de financement. Les administrateurs n'ont pas souvent de vue à long terme du développement de l'hôpital. Enfin, le solde est composé de professions peu présentes mais qui révèlent une position sociale élevée: professeur (5.1%), gérant de banque (3.1%), curé-doyen (1.0%). Dans ce cénacle de notables apparaissent quelques artisans et ouvriers (10.2%), tous bourgeois et conservateurs sauf un. La bourgeoisie de Porrentruy, qui est alors en pleine déliquescence, manque-t-elle à ce point de notables? A moins que la présence d'administrateurs issus des classes populaires bourgeoises ne participe à une stratégie de clientélisme interclassiste. Le manque d'étude d'envergure sur la bourgeoisie de Porrentruy ne permet pas d'expliquer cette particularité.

Ce sont donc essentiellement les notables bruntrutains qui siègent au Conseil d'administration. Ils se réunissent généralement deux fois par

année et débattent surtout de la politique gestionnaire de l'hôpital. L'opposition entre radicaux et conservateurs est virulente jusque dans les années 1920. Toujours minorisés sur toutes les questions, quelles qu'elles soient, les bourgeois conservateurs adoptent une stratégie d'opposition systématique dès 1870. On demande des votes à propos de tout et de n'importe quoi, dans une obstination qui frise parfois le ridicule. Chaque question est politisée à l'extrême, si bien qu'on en oublie parfois l'enjeu lui-même. Les provocations de part et d'autre sont sans fin. Lors d'un débat particulièrement animé à propos de la réforme du règlement d'administration, *M. Béchaux au nom des représentants de la bourgeoisie proteste contre l'insertion [d'un] article ; il demande que sa protestation soit insérée au protocole. M. Cuenat proteste lui-même contre l'insertion de la protestation [...].*[11] Un second exemple permet de mesurer le surréalisme de certaines querelles. Lors de la discussion du budget de 1879, *M. Daucourt voit dans la rubrique « éclairage » figurer le mot luciline qui ne se trouve pas dans le dictionnaire de l'Académie ni dans celui de Larousse ; il demande donc que ce mot inventé par un industriel de Porrentruy soit remplacé par celui de pétrole.*[12] Ces batailles politiciennes se font évidemment au détriment de l'hôpital qu'il devient difficile de moderniser dans de telles conditions. Ainsi, la majorité radicale présente en 1876 aux autorités cantonales un nouveau règlement d'organisation qui exclurait de fait les représentants bourgeois au sein du Conseil d'administration. Le Conseil exécutif désire apaiser le conflit et rejette cette proposition. Radicaux et conservateurs devront donc composer au moins jusqu'en 1940.

Le second organe administratif de l'hôpital est le bureau de Direction, formé de cinq membres. Ils sont élus par le Conseil d'administration et se réunissent aussi souvent que l'exige la bonne marche de l'hôpital. Ils gèrent l'établissement selon les grandes lignes définies par les administrateurs. L'engagement est bénévole jusqu'en 1901, date à laquelle est instauré un système de jetons de présence. On compte au total 31 individus qui passent par la Direction entre 1870 et 1940. Tous sont des notables de la ville de Porrentruy. On dénombre 12 personnes qui exercent une profession juridique (notaires principalement), huit fonctionnaires, cinq négociants, deux industriels, un banquier, un directeur d'école, un ingénieur et un aubergiste. Leur engagement politique est très prononcé. Il y a parmi eux 12 députés au Grand Conseil bernois, cinq préfets et quatre maires de Porrentruy. Jusqu'en 1924, il faut être membre du parti radical pour espérer siéger à la Direction. La minorité bourgeoise tente bien dans les années 1910 d'y obtenir un siège, mais celui-ci n'est concédé que la décennie suivante, lorsque s'estompent les conflits politico-religieux. Au total, on ne compte que deux conservateurs qui deviennent membres de la Direction, le président du tribunal Alfred Ceppi et le négociant Paul Tondeur.

Il est très fréquent que les membres de la Direction soient issus directement du Conseil d'administration. C'est le cas pour 22 d'entre eux. On reste en moyenne une dizaine d'années au sein de la Direction et c'est très souvent le décès qui met fin au mandat. On a donc affaire à des notables radicaux bruntrutains en fin de carrière. Ce sont souvent des habitués de la gestion de biens, mais pas des spécialistes de santé publique. Aucun médecin ne siège parmi eux, même si l'on invite parfois les praticiens de l'hôpital à donner leur avis à propos de questions strictement médicales.

Enfin, le Conseil d'administration nomme un gérant qui, aidé d'un secrétaire, s'occupe de tenir la comptabilité de l'établissement et d'assurer la bonne marche quotidienne de l'hôpital (entretien des bâtiments, gestion du capital, accueil des hospitalisés, etc.). Il met en application les décisions prises par le Conseil d'administration et la Direction. Sa personne représente et incarne les deux organes administratifs auxquels il donne une certaine visibilité. A côté de son travail purement administratif, il assure l'ordre dans la maison, que ce soit vis-à-vis des patients, des sœurs hospitalières ou des visiteurs extérieurs. Le gérant habite lui-même dans les bâtiments de l'hôpital. A la mort du gérant Froté, en 1926, les médecins de l'établissement proposent que son successeur déménage en ville et qu'on établisse de nouveaux lits dans son appartement pour y isoler de jeunes enfants et les femmes en couches. Cette idée rencontre l'opposition unanime du Conseil d'administration. L'un de ses membres, le conseiller national Paul Billieux, affirme que *le gérant a, selon lui, un devoir très étendu et très important de surveillance; en lui permettant d'habiter en-dehors de l'hôpital, ce caractère se perdrait.*[13]

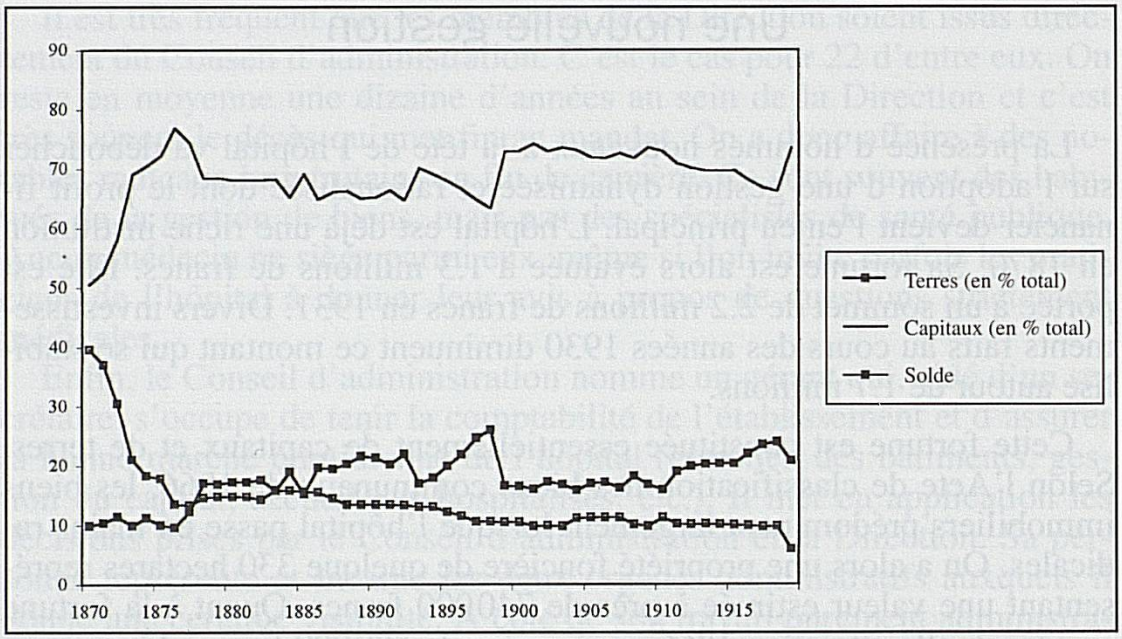
Au total, six individus occupent le poste de gérant entre 1870 et 1940. Ils sont proches du parti radical et trois d'entre eux ont été membres de la Direction avant d'être nommés. Ce sont pour l'essentiel des gestionnaires avertis qui ont fait carrière dans la fonction publique. On trouve un receveur de la maison de force, un receveur d'enregistrement, un secrétaire au cadastre, un directeur de l'orphelinat du Château et un ancien préfet. Un seul d'entre eux, Albert Monnat, provient du secteur privé: il était comptable chez un entrepreneur de la place lors de sa nomination. Le poste de gérant de l'hôpital est l'aboutissement de plusieurs carrières. Trois gérants y terminent leur vie, alors qu'un quatrième n'est nommé qu'une année ad intérim et qu'un autre est toujours en place en 1940. Un seul gérant démissionne de son poste en 1891, car condamné pour *détournements envers l'Etat.*[14]

Une nouvelle gestion

La présence d'hommes nouveaux à la tête de l'hôpital va déboucher sur l'adoption d'une gestion dynamisée et rationalisée dont le profit financier devient l'enjeu principal. L'hôpital est déjà une riche institution en 1870. Sa fortune est alors évaluée à 1.3 millions de francs. Elle est portée à un sommet de 2.2 millions de francs en 1931. Divers investissements faits au cours des années 1930 diminuent ce montant qui se stabilise autour de 1.7 millions.

Cette fortune est constituée essentiellement de capitaux et de terres. Selon l'Acte de classification des biens communaux de 1866, les biens immobiliers prédominent largement lorsque l'hôpital passe en mains radicales. On a alors une propriété foncière de quelque 330 hectares représentant une valeur estimée à près de 740000 francs. Quant à la fortune en argent, elle atteint en 1866 un peu plus de 580000 francs. L'ancienne administration tenait à conserver un large patrimoine foncier qui assurait à ses yeux une sécurité matérielle et symbolisait la puissance de la corporation bourgeoise. Cette politique de gestion est très rapidement abandonnée au début des années 1870. Comme l'argent rapporte plus que la terre, on s'empresse de vendre la majeure partie du patrimoine foncier. Le développement médical de la maison est à ce prix. Cette nouvelle orientation ne se fait pas sans résistance de la part des conservateurs qui siègent au Conseil d'administration, mais, majorisés par les administrateurs radicaux, ils doivent tant bien que mal se résigner et accepter le principe de vente des terres, sanctionné par le Conseil exécutif le 28 octobre 1871. Les principales ventes ont déjà lieu durant les années 1870: l'étendue du domaine hospitalier ne compte plus que 90 hectares en 1877[15].

Les *Registres d'inventaires*[16] de l'établissement permettent de mesurer le déclin du patrimoine foncier de l'hôpital. En 1870, la terre représente encore 39.6% de la fortune totale de la maison. Cette part diminue fortement pendant quelques années (30.4% en 1872; 18.3% en 1874; 13.5% en 1876) pour se stabiliser autour de 12% pour les années 1877-1919. En parallèle, on observe la prédominance croissante des capitaux dans la fortune totale. Leur part est déjà de 50.5% en 1870 et augmente rapidement (58.2% en 1872; 70.5% en 1874). Elle atteint le sommet de 76.9% en 1876 et se stabilise aux alentours de 70% pour la période 1877-1919. Cette masse d'argent est évaluée à un peu plus d'un million de francs en 1875 et augmente régulièrement jusqu'en 1919 (1.42 million). Ces capitaux sont placés dans des banques de la place ou prêtés à des particuliers selon des modalités semblables à celles de la Caisse hypothécaire du canton de Berne.[17]



Graphique 1 : Fortune de l'hôpital.

La fortune de l'hôpital de Porrentruy est donc considérable et ses revenus permettent une médicalisation et un développement de l'établissement qui ne nécessitent au départ qu'un recours limité au financement externe. Les comptes d'administration de l'hôpital[18] donnent une idée assez précise du coût du développement quantitatif et qualitatif de l'institution et de son mode de financement. Cependant, le recours à une telle source n'est pas aisé et les chiffres cités ci-dessous ne sont peut-être pas d'une fiabilité absolue. En effet, la structure des comptes (établissement des diverses rubriques) change à plusieurs reprises (1919, 1923, 1940) et les diverses rubriques utilisées ne reflètent pas toujours une même réalité[19]. Cela dit, le survol présenté ici n'entre pas dans les détails d'une comptabilité gigantesque, mais les résultats avancés gardent à mon avis toute leur validité. Je présente tout d'abord les dépenses de fonctionnement, puis les ressources financières.

Dépenses de fonctionnement

Après avoir éliminé les mouvements de caisse, j'ai isolé les diverses dépenses de fonctionnement. Elles ont été classées en quatre catégories : achat de denrées alimentaires (essentiellement du pain, de la viande et du vin) ; frais d'entretien (chauffage, éclairage, mobilier, matériel, etc.) ; frais administratifs (essentiellement les salaires) et assistance externe.

	1871-1880	1881-1890	1891-1900	1901-1910	1911-1918
Alimentation	51.7	44.2	39.4	32.8	34.1
Entretien	33.1	36.1	39.1	50.8	51.5
Administration	9.8	12.2	15.3	11.5	10.1
Assistance	5.4	7.5	6.2	4.9	4.3

Tableau 1 : Dépenses de fonctionnement, moyennes décennales (en %).

Ce sont essentiellement les dépenses d'entretien qui présentent une évolution intéressante dans le contexte de la médicalisation. Elles ne constituent en effet que le tiers environ des dépenses totales dans les années 1870 et prennent de plus en plus d'ampleur au cours des ans pour atteindre la valeur de 51.5 % des dépenses dans les années 1910. Cette importance croissante s'explique aisément par le développement quantitatif et qualitatif de l'établissement. En effet, l'introduction du gaz, de l'électricité, de l'eau courante, du téléphone et du chauffage central sont autant d'investissements qui nécessitent un entretien annuel de plus en plus onéreux. De plus, le développement de la capacité d'accueil de la maison (on passe de 57 lits en 1870 à 100 dans les années 1930) implique l'aménagement et l'entretien de nouvelles salles. Enfin, les soins médicaux (achat de médicaments, de bandages et d'instruments chirurgicaux) prennent une importance de plus en plus importante qui révèle une médicalisation accrue de l'établissement. Ils représentent, avec le salaire du personnel médical (médecins et infirmiers-domestiques), une valeur de 14.0 % des dépenses de fonctionnement dans les années 1870 et de 19.1 % dans les années 1910. Durant l'entre-deux-guerres, les soins médicaux et la masse salariale totale (soit les salaires du personnel médical et du personnel administratif) atteignent 29.6 % dans les années 1920 et 35.9 % durant la décennie suivante.

Cet envol des dépenses d'entretien se fait au détriment des dépenses alimentaires, qui passent de 51.7 % dans les années 1870 à 30.8 % dans les années 1930. Cette chute s'explique par un développement essentiellement quantitatif de la consommation alimentaire, déterminé lui-même par la croissance des hospitalisations. Il ne semble pas que le régime alimentaire des malades subisse de profonds bouleversements. Les autorités hospitalières songent d'abord au développement médical de leur établissement. Les soucis diététiques apparaîtront plus tard.

Les frais administratifs restent assez stables et atteignent une moyenne de 11.8% pour la période 1871-1918. Le développement de l'hôpital et sa médicalisation n'entraînent pas d'extension de l'organe administratif. On ne compte toujours que deux seuls employés (le gérant et le secrétaire-comptable) durant toute la période étudiée. Dès 1922, les impôts et assurances payés par l'établissement viennent gonfler quelque peu ces dépenses administratives.

Enfin, les dépenses d'assistance ne présentent pas non plus d'évolution particulière. Elles se constituent de dons annuels à diverses associations caritatives (crèches, soupes populaires, colonies de vacances, etc.), de prise en charge de journées d'hospitalisation de malades qui ne sont pas assistés par les collectivités publiques et de participation aux frais médicaux de particuliers (achats d'un membre artificiel et séjours en institution spécialisée pour la plupart). L'ensemble de ces dépenses atteint une moyenne de 5.4% entre 1871 et 1939. Même si ces montants ne sont pas extraordinairement élevés et qu'ils permettent souvent un plus large accès au système de santé, certains membres du Conseil d'administration considèrent ces dépenses comme superflues. Ainsi, Stüssi estime en 1879 que *l'hôpital a surtout pour but la guérison des malades*[20] et rejette une partie des dépenses d'assistance budgétisées pour l'année 1880.

En fin de compte, l'évolution des dépenses hospitalières révèle le passage à l'hôpital moderne. Alors qu'il était encore largement une *machine à nourrir*[21] dans les années 1870, il devient à la Belle Epoque un établissement très bien équipé répondant aux normes du moment. Les dépenses d'entretien prennent une importance d'autant plus importante que les dépenses totales de fonctionnement ont plus que doublé entre 1870 et 1930, passant d'une moyenne annuelle de 53022 francs dans les années 1870 à 69119 francs dans les années 1900 et 120663 francs par an dans les années 1930[22]. L'augmentation croissante des besoins hospitaliers va remettre en question le système traditionnel de financement hérité de l'ère bourgeoise.

Les moyens de financement

Le développement de l'hôpital et la croissance de ses dépenses de fonctionnement nécessitent une masse d'argent de plus en plus considérable. La fortune de l'établissement ne suffit bientôt plus à assurer cette croissance et il faut avoir recours à d'autres acteurs: les collectivités publiques, les pensionnaires eux-mêmes et les assurances accident et maladie. Afin de mesurer l'importance relative que prennent ces divers acteurs dans le financement de l'hôpital, j'ai soustrait du total des dépenses de fonctionnement les apports financiers externes à l'institution.

Comme il n'y a pas de déficit durant cette période, le solde de cette soustraction peut être considéré comme de l'autofinancement.

	1871-1880	1881-1890	1891-1900	1901-1910	1911-1918	1919-1930	1931-1939
Autofinancement	88.7	84.3	80.4	79.3	59.4	51.1	40.2
Etat	9.5	14.4	17.3	14.7	14.7	10.5	11.2
Pensions	1.8	1.2	2.3	6.0	25.9	38.4	48.6

Tableau 2: Moyens de financement, moyennes décennales (en %).

Le trait caractéristique de l'évolution du financement de l'hôpital se situe au niveau de l'intervention massive d'acteurs extérieurs dès les années 1910. La part d'autofinancement est encore extrêmement élevée dans les années 1870: les ressources du patrimoine hospitalier couvrent alors près de 90% des dépenses de fonctionnement. Cette part diminue légèrement et oscille autour de 80% jusque dans les années 1900. L'inflation après 1900[23] ainsi que la modernisation et la médicalisation poussée de l'institution durant l'entre-deux-guerres nécessitent le recours à d'autres sources de financement. Il faut aussi relever les méfaits d'une forte inflation sur les ressources capitalisées de notre établissement.

L'intervention des collectivités publiques

La première convention liant l'hôpital et le canton de Berne avait été signée en 1818, et reconduite en 1850. Elle prévoyait une subvention étatique pour l'entretien de 10 lits. La bourgeoisie de Porrentruy, qui administrait alors l'établissement, désirait limiter au maximum l'intervention des autorités cantonales et n'avait jamais tenté d'obtenir plus du gouvernement[24]. Dès 1870, le développement de la médicalisation et de la capacité d'accueil de l'hôpital s'accompagne d'une intervention croissante des collectivités publiques, Etat en tête, dans le financement de la maison.

Le nombre de lits entretenus par l'Etat s'accroît fortement, passant de neuf sur un total de 57 (soit 15.8%) en 1870, à 30.5 sur un total de 100 (soit 30.5%) en 1940. La proportion de ces «lits de l'Etat» prend une importance majeure dans la seconde partie des années 1930: c'est dès ce moment que plus d'un quart des lits sont subventionnés par le canton de

Berne. Ce type d'aide directe représente une moyenne de 13.2% du total des revenus hospitaliers pour la période 1870-1940.

Mais les collectivités publiques dans leur ensemble (Etat et communes du district) interviennent aussi de manière massive pour payer les pensions des hospitalisés indigents. L'hôpital s'adresse en priorité à une population défavorisée qui ne peut que rarement s'acquitter elle-même de ses frais d'hospitalisation. Jusque dans les années 1890, la part de ces pensions dans les revenus totaux de l'établissement oscille autour de 2% et atteint 6% dans les années 1900. Ces taux sont relativement peu élevés car l'hôpital de Porrentruy prend à sa charge les quatre premiers mois d'hospitalisation des indigents du district, puis les 60 premiers jours dès 1907[25]. Cette politique est profitable à la population ajoulote et aux finances des communes rurales[26], mais coûte très cher à l'hôpital. La Direction est consciente de ce désagrément et affirme en 1903 que *l'hôpital de Porrentruy est le seul du canton qui soigne gratuitement les pauvres malades ressortissants des 36 communes du District ce qui a pour conséquence d'économiser tant à l'Etat de Berne qu'aux communes une dépense totale qu'on peut évaluer sans exagération à plus de 10000 francs.*[27] De plus, le service chirurgical de l'hôpital de Porrentruy est alors considéré comme bien développé et empêcherait bon nombre de malades du Jura Nord de se rendre à l'hôpital de l'Ile, à Berne, aux frais de l'Etat.

Les dépenses s'accroissent fortement dès les années 1900 (rénovations diverses et hausse générale des prix) et la Direction les reporte sur les patients (et les communes qui les aident), ce qui entraîne à l'occasion des difficultés relationnelles et des dysfonctionnements avec certaines communes ou d'autres institutions du district. Enfin, après plusieurs années de palabre, le Conseil d'administration décide en 1929 de n'accorder la gratuité des soins qu'aux seuls indigents de la ville et de soumettre désormais tous les ressortissants des communes rurales à une hospitalisation payante. *Cette mesure a été prise parce que l'hôpital est propriété de la ville de Porrentruy et aussi ensuite des abus trop fréquents qui se produisent dans la délivrance de certificats d'indigence aux malades venant des communes rurales.*[28]

Durant les premières décennies du 20e siècle, la hausse des dépenses hospitalières se reporte donc sur les patients et indirectement sur les communes pour les indigents. Cette évolution permet d'expliquer l'ampleur que prennent les pensions dans les revenus totaux de la maison dès les années 1910: elles atteignent 25.9% dans les années 1910, 38.4% dans les années 1920 et 48.9% dans les années 1930[29]. Ces sommes sont versées par les collectivités publiques au titre de dépenses d'assistance[30]. La part totale des collectivités publiques dans le financement de l'hôpital (prise en charge de pensions et entretien de lits de l'Etat) est importante, puisqu'elle représente 25.4% des revenus totaux dans les

années 1920 et 30.9% dans les années 1930. Le solde est assuré par les assurances accidents et maladie qui apparaissent à ce moment-là, ainsi que par les patients eux-mêmes.[31]

L'intervention des assurances accident et des assurances maladie

Dès 1889, les patrons et employeurs de domestiques sont soumis à l'obligation légale[32] d'acquitter des frais d'hospitalisation de leurs ouvriers et employés. L'application de cette mesure ne se fait pas sans peine. Durant plusieurs décennies, les procès-verbaux des séances de la Direction font état de plaintes, voire de refus de payer, de la part des employeurs. Dans un rapport rédigé en 1893, le gérant Favrot affirme que *l'application de cette mesure a provoqué les plaintes et les réclamations de la part de quelques chefs de ménage, la plupart aisés ou riches, qui, semble-t-il, auraient dû s'acquitter de suite, sans réclamation et avec remerciements.*[33] Quant aux patrons de l'industrie horlogère, la loi fédérale sur le travail des fabriques de 1877 les oblige à assurer leurs ouvriers contre les accidents. Certains retiennent à ce titre une partie du salaire. Pourtant, le remboursement des frais d'hospitalisation n'est pas toujours effectif, selon Favrot: *Un accident survient-il à l'ouvrier; le patron s'empresse de l'envoyer à l'hôpital; mais quand il s'agit de payer, c'est autre chose. Il a mille raisons pour expliquer sa mauvaise foi: l'ouvrier est parti: le patron n'est pas payé; il ne doit rien à son ouvrier, qui a laissé des dettes, etc.*[34] La présence de plusieurs industriels au sein du Conseil d'administration de l'hôpital n'empêche pas ces dysfonctionnements. Pourtant, même si ceux-ci sont monnaie courante, des caisses accident privées voient le jour vers la fin du siècle. En général, une convention est signée entre l'hôpital et les assureurs et fixe le montant journalier des frais d'hospitalisation pour les assurés. C'est aussi sur ce principe que les premières caisses maladie voient le jour dans l'entre-deux-guerres.

Les premières conventions ne proviennent pas des milieux industriels horlogers comme on pourrait l'imaginer, mais des compagnies de construction des chemins de fer, dont les travaux dangereux nécessitent un accord avec l'hôpital.[35] Un premier contrat est signé en 1870 avec l'entrepreneur Strackmann, qui travaille sur la ligne Porrentruy-Delle. L'ouverture de son chantier bouleverse en effet la bonne marche de l'hôpital. *Beaucoup d'ouvriers travaillant à la construction du chemin de fer Porrentruy-Delle étant admis à l'hôpital comme malades, il s'ensuit que, par ce surcroît inattendu de personnes venues des contrées voisines, l'entrée des malades appartenant au district de Porrentruy se trouve ralentie et retardée plus que d'habitude.*[36] On propose donc à l'entrepreneur d'installer cinq lits pour ses cheminots dans la maison de Rosé

(annexe du bâtiment principal) contre une garantie de paiement de 0.5 franc par journée d'hospitalisation. Une nouvelle salle d'urgence (deux lits) est aménagée en 1873 pour les cheminots accidentés. Cette même année, une nouvelle convention est établie avec le constructeur des *tunnels du Doubs*[37]. Des accords similaires sont signés avec la *Compagnie Jura Berne Lucerne* (1877), la *Compagnie de l'Est* française (1878) et la *Société d'assurance Winterthour* pour les blessés du chantier Glovelier-Saignelégier (1901). Dans chaque cas, outre l'exigence d'une garantie de paiement, *la Direction de l'hôpital entend bien n'accorder à la compagnie aucun privilège de place.*[38] Enfin, on voit apparaître durant l'entre-deux-guerres des assurances privées qui ne proviennent pas du milieu des chemins de fer. La *Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents*, de Lucerne, et la *Société suisse de secours mutuels Helvetia* signent des contrats, respectivement en 1918 et en 1925.

On signe aussi des conventions de même type avec l'Etat pour ses fonctionnaires. Ainsi, le canton de Berne négocie en 1894 un accord pour l'admission des gendarmes malades. La Confédération en fait de même pour ses soldats et officiers (1900), ses gardes-frontières (1913) et ses employés des chemins de fer (1931). Il faut toutefois attendre 1925 pour que les conditions d'hospitalisation, et notamment les tarifs, des fonctionnaires fédéraux et cantonaux soient unifiées et mises à un niveau comparable à celui des autres établissements du canton

Financièrement, ces assurances deviennent une source importante de revenus après 1910. Jusque-là, la somme totale du revenu des pensions ne dépasse pas 6.0%. Je n'ai réussi à isoler la participation des assurances que pour la période 1922-1939. Celle-ci atteint durant ces années une moyenne de 10% des revenus totaux.

Conclusion

La modernisation médicale et le développement de la capacité d'accueil de l'hôpital affectent profondément un système gestionnaire traditionaliste, hérité de l'ancienne administration bourgeoise et basé sur l'autofinancement. Afin de financer au mieux cette médicalisation, les nouveaux administrateurs se débarrassent du patrimoine foncier de l'institution et placent leurs capitaux en banque. Une gestion rigoureuse, de même que l'intervention de plus en plus massive d'acteurs externes, collectivités publiques en tête, permettent un développement médical de la maison, malgré une forte inflation qui diminue peu à peu la fortune de l'hôpital. Ce développement se traduit essentiellement par la part grandissante que prennent les dépenses d'entretien, parmi lesquelles les frais de soins médicaux, au sein des dépenses de fonctionnement.

La médicalisation de l'hôpital

Cette nouvelle structure gestionnaire donne aux administrateurs les moyens de leurs ambitions. En bons radicaux, ceux-ci désirent faire de l'hôpital un établissement de santé publique centré sur la guérison des malades et rompre avec l'institution multifonctionnelle qu'il était jusque-là.

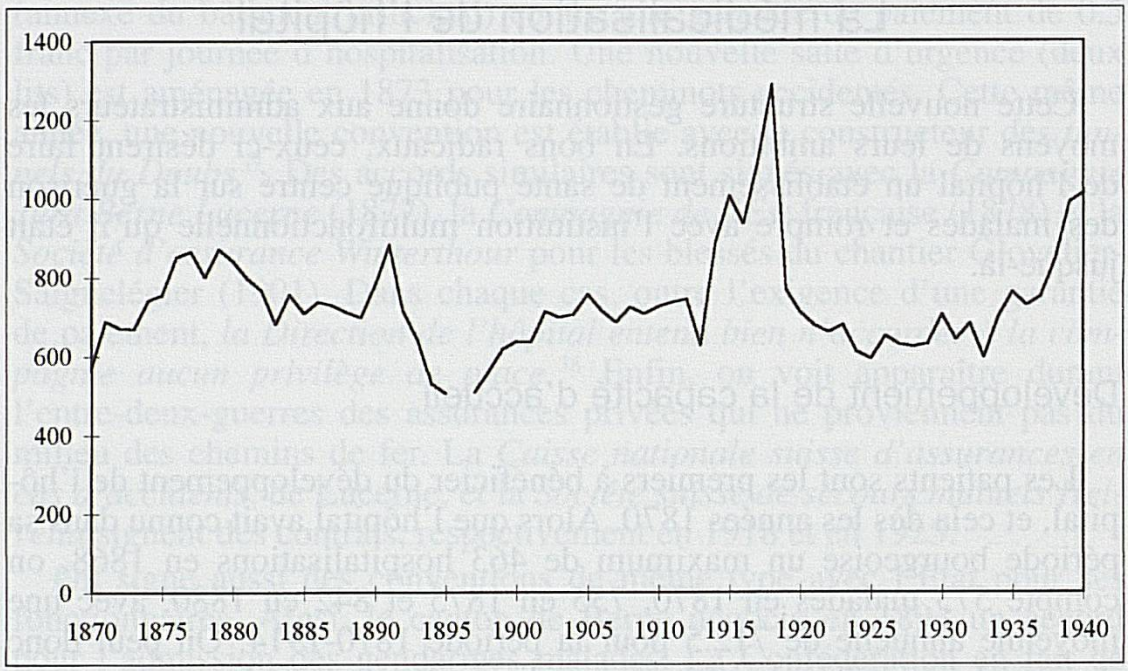
Développement de la capacité d'accueil

Les patients sont les premiers à bénéficier du développement de l'hôpital, et cela dès les années 1870. Alors que l'hôpital avait connu dans sa période bourgeoise un maximum de 463 hospitalisations en 1868, on compte 573 malades en 1870, 755 en 1875 et 842 en 1880, avec une moyenne annuelle de 712.5 pour la période 1870-1914. On peut donc dire que la nouvelle administration radicale développe très rapidement la capacité d'accueil de l'établissement pour répondre aux besoins de la population du district qui a augmenté de 16.6% entre 1850 et 1870[39]. Sous le régime bourgeois, on ne comptait que 40 lits en 1850 (soit un lit pour 514 habitants), 46 en 1860 (un lit pour 476 habitants) et 50 en 1870 (un lit pour 480 habitants). La capacité d'accueil s'accroît à 74 lits en 1880 (un lit pour 327 habitants), 85 en 1910 (un lit pour 301 habitants) et 100 en 1930 (un lit pour 237 habitants). Relativement à la population du district, on a donc une très forte croissance de la capacité d'accueil.

Pourtant, les véritables changements qui touchent l'hôpital après 1870 ne sont pas quantitatifs, mais de nature qualitative, aussi bien au niveau de la population hospitalisée que du personnel soignant et de la technique médicale. Tous ces éléments expliquent en effet le succès grandissant de l'hôpital.

Le rejet des vieillards

L'hôpital fondé par les bourgeois à la fin du 18e siècle était destiné aux indigents malades et aux vieillards. Cette double fonction d'hospice et d'hôpital est remise en question par la Direction radicale dès 1870, comme cela se fait ailleurs à la même époque[40]. On désire en effet accélérer le processus de médicalisation de l'établissement et on projette de ne plus accepter de vieillards qui ne seraient pas malades. En 1871, la Direction répond à une vieille femme désirant passer ses vieux jours à l'hôpital que *vu l'absence complète de titres ou autres constatant que l'hôpital doit servir d'asile aux vieillards, considérant que l'hôpital est*



Graphique 2: Nombre de personnes hospitalisées à Porrentruy (1870-1940).

avant tout un établissement destiné au soulagement des pauvres malades, le bureau de Direction ne voulant pas laisser se perpétuer ce système de pensionnaires-vieillards, décide ne pouvoir faire droit à la demande de la veuve Paul.[41] Dès lors, cette décision va faire jurisprudence à l'intérieur de l'établissement et l'on va s'y référer pour refuser d'autres admissions de ce type. Cette nouvelle orientation ne se fait pas sans mal. Les résistances proviennent de deux milieux: la bourgeoisie de Porrentruy et les communes rurales.

L'opposition des premiers est surtout une opposition de principe. Les bourgeois de Porrentruy supportent mal d'avoir perdu leur hôpital et résistent systématiquement à toute innovation de la Direction radicale. Le refus de ne plus accepter de vieillards est à situer dans ce contexte. Durant les années 1870, la question du rejet des vieillards fait l'objet de débats virulents, bien que chacun en perçoive l'enjeu dérisoire. On exige des recherches dans les archives qui n'aboutissent pas. On nomme une commission d'étude présidée par le conservateur Xavier Kohler, mais celui-ci oublie de la convoquer. En fin de compte, les bourgeois acceptent tacitement le rejet des vieillards. L'hôpital héberge encore dix vieillards lors du changement d'administration en 1870, mais plus que cinq en 1877. Si personne n'est expulsé, les vieillards décédés ne sont pas remplacés. On s'en débarrasse ainsi de manière «naturelle».

En revanche, la résistance des communes rurales est beaucoup plus difficile à vaincre. Leur opposition est de nature financière et s'explique par une volonté d'envoyer mourir les vieillards indigents à l'hôpital

pour échapper aux derniers frais d'entretien. Il faut rappeler que les communes rurales ont l'habitude de profiter au maximum d'un hôpital qui ne leur coûte rien, non seulement pour leurs vieillards, mais pour l'ensemble de leurs ressortissants malades. La Direction réagit très vivement à ces pratiques et écrit en 1878 à ces communes pour qu'elles cessent d'envoyer à l'hôpital des vieillards *qui ne sont affectés d'aucune maladie et n'ont seulement besoin que d'être réconfortés.*[42] La politique de l'hôpital est très stricte dans ce domaine et porte ses fruits. Les seuls vieillards autorisés à séjourner à l'hôpital sont désormais des personnes malades ou accidentées.

Si les communes rurales et la bourgeoisie bruntrutaine ne peuvent rien contre cette décision de l'hôpital, elles n'entendent pas pour autant rester sans réaction. Emmenés par Ernest Daucourt fils, qui vient d'être nommé préfet du district (1894), les conservateurs décident d'ouvrir un hospice de vieillards à Saint-Ursanne (1896) et d'y placer leurs aînés jusqu'alors placés à l'hospice du château de Porrentruy, lui-même en mains radicales[43].

L'ouverture d'une salle de maternité

On assiste au début du 20e siècle à une médicalisation de la naissance qui va s'accélérer dans les années 1920 et 1930[44]. Dans le district de Porrentruy, les femmes aisées accouchent dès l'entre-deux-guerres dans les cliniques privées de Boncourt (financée par la famille Burrus) et de Porrentruy (clinique Bon Accueil). En ville, l'hôpital apporte dès les années 1870 un soutien financier aux sages-femmes qui pratiquent à domicile. Cette aide se transforme en une mise en place d'une salle d'accouchement à l'intérieur de l'établissement dans les années 1920.

La Direction de l'hôpital décide de venir en aide aux femmes en couches pauvres en 1877. Dès ce moment, chaque sage-femme qui accouche une indigente de la ville reçoit de l'hôpital et de la municipalité[45] une indemnité de cinq francs par opération. En contrepartie, on demande aux sages-femmes d'*établir un contrôle exact des personnes indigentes auxquelles elles auraient donné des soins.*[46] On a alors affaire à une aide à domicile qui permet aux femmes des couches populaires de mettre au monde leurs enfants dans de bonnes conditions. Cette aide financière n'est jamais remise en question. Enfin, les sages-femmes ne travaillent pas seules, mais sont assistées du médecin des pauvres dès les années 1900 au moins.

La question de l'ouverture d'une salle de maternité à l'hôpital intervient dans les séances de la Direction durant de longues années avant qu'elle ne se concrétise. C'est sous l'impulsion du Dr Ceppi et de la

Société de bienfaisance «La Maternité»[47], en 1914, que le Conseil d'administration débat pour la première fois de l'opportunité d'ouvrir une salle d'accouchement à l'hôpital. «La Maternité» prétend se faire l'écho d'une demande populaire et s'engage à prendre à sa charge l'installation d'une chambre à accoucher. On ne demande au Conseil d'administration que de désigner un médecin qui soit présent lors de chaque accouchement. Cette proposition ne soulève aucun intérêt particulier et le dossier est laissé en suspens. Une dizaine d'années plus tard, soit en 1925, c'est le Conseil communal de Porrentruy qui revient à charge et demande à l'hôpital d'étudier la question de l'accueil des femmes en couches. *Celle-ci a déjà été examinée à plus d'une reprise*[48] répond la Direction qui décide toutefois d'organiser une salle de maternité au rez-de-chaussée de la maison de Rosé (annexe du bâtiment principal). Cette nouvelle salle n'est accessible qu'aux indigentes du district et l'ensemble des frais est facturé aux communes de domicile. Elle est équipée de quatre lits et accueille sa première pensionnaire en 1928. Mais, jusqu'à la guerre, la situation de cette salle pose de nombreux problèmes d'ordre hygiénique, en raison de l'exiguïté des locaux qui rendent nouveau-nés et jeunes mamans trop vulnérables aux maladies contagieuses, dont les porteurs sont isolés dans le même bâtiment. On est très tôt conscient de la nécessité d'isoler la salle de maternité, mais on ne sait quelle solution adopter. On pense résoudre ce problème dans le cadre de la construction d'un nouvel hôpital.

On rencontre un autre type de difficulté à propos du personnel médical attaché à la salle de maternité dans les années 1930. Son succès populaire est en effet relativement important, mais ce sont toujours des sages-femmes externes qui viennent y travailler occasionnellement. L'activité semble lucrative pour celles qui l'exercent, si bien que des requêtes de certaines sages-femmes de la ville, tendant à obtenir leur place dans le tournus de leurs consœurs employées à l'hôpital, arrivent à plusieurs reprises sur le bureau de la Direction dans les années 1928-1930. Face à ces revendications et grâce au relatif succès de cette maternité[49], la Direction décide d'améliorer la présence du personnel médical et crée un poste permanent de sage-femme. Il faut encore attendre de longues discussions et le mois d'octobre 1940 pour que l'on nomme à ce poste Marthe Fromaigeat, de Porrentruy, sage-femme diplômée qui a déjà exercé par le passé à l'hôpital. L'obstétrique et la gynécologie se développeront véritablement dans le cadre de l'hôpital avec l'arrivée du Dr David Stucki à Porrentruy (1948) et la transformation du pavillon d'isolement des Minoux en maternité (1949).

L'amélioration de l'infrastructure médicale

Les sources étant peu prolixes à ce sujet, il n'est pas évident, de prime abord, d'appréhender la médicalisation des soins à l'intérieur de l'hôpital. Le travail quotidien des médecins et le degré de modernité des techniques employées sont inconnus. L'étude de la comptabilité de l'établissement m'a permis de montrer l'importance croissante que prennent les dépenses de soins médicaux dans l'ensemble des dépenses de fonctionnement. D'autres indices permettent de voir de quelle manière s'effectue cette médicalisation.

Les médicaments sont achetés dès 1870 auprès des trois pharmaciens de la ville. Ceux-ci profitent de leur situation de monopole pour facturer leurs produits à des prix très élevés. La Direction se plaint à plusieurs reprises de ce fait aux autorités cantonales qui contrôlent ces prix au moins jusqu'à la fin des années 1890. On songe même en 1895 à créer une véritable pharmacie à l'hôpital, à engager un pharmacien diplômé et à y préparer les médicaments nécessaires. Cette idée ne voit pourtant pas le jour et l'on continue jusqu'en 1940 à se fournir en médicaments auprès des pharmaciens de la ville.

Si le coût des médicaments est souvent considéré comme trop élevé, on ne sait pas pour autant si ce coût est dû à l'apparition de nouvelles thérapeutiques. On sait seulement que l'utilisation de quinine contre le typhus dans les années 1880 est responsable de frais médicamentaux élevés. Mis à part cette allusion, les sources ne font pas mention de l'achat de produits coûteux, notamment dans l'entre-deux-guerres.

Le matériel médical connaît un développement quantitatif et qualitatif sans précédent, surtout après 1900 sous l'impulsion du Dr Ceppi. Chaque année depuis 1870, les comptes témoignent de l'achat de nouveaux instruments chirurgicaux. Dès son arrivée comme chirurgien, le Dr Ceppi se décide à doter l'hôpital de matériel médical moderne et efficace. Selon le rapport envoyé à l'administration cantonale en 1909, *la salle d'opérations a été transformée et munie d'appareils modernes, ce qui nous a occasionné une dépense de plusieurs milliers de francs.*[50] Désirant mener cette politique à terme, le Dr Ceppi établit en décembre 1915 la liste des instruments manquants à acheter, mais il rencontre l'opposition d'un Conseil d'administration peu acquis au modernisme médical et qui voit dans ces achats de nouvelles dépenses superflues. Conscients de la nécessité de cette acquisition, les membres de la Direction demandent au chirurgien d'ignorer cette décision et de s'adresser désormais directement à eux pour toute nouvelle demande de ce type.

Le volontarisme de Ceppi est particulièrement marqué dans l'achat d'une installation de rayons X. Il sait qu'un véritable hôpital se doit de posséder un tel instrument, même si son coût est élevé. On en fait l'acquisition en 1905[51]. Son utilité est très tôt reconnue de tous. Le

Dr Ceppi, qui est le seul praticien de la ville à savoir l'utiliser correctement écrit la même année: *Je mentionnerai ici les services qu'il nous a maintes fois rendus soit pour découvrir des corps étrangers, soit pour reconnaître la disposition exacte des fractures, soit pour contrôler les résultats du traitement, soit pour étudier des lésions des organes vitrée-thoraciques, soit enfin pour traiter un cas de lupus.*[52] Ce type d'appareil est aussi largement utilisé pour déceler les cas de tuberculose. A cet effet, on autorise son accès en 1932 au Dr Mandelert, médecin scolaire et président du Dispensaire antituberculeux de Porrentruy. Enfin, dès 1934, on utilise cet appareil dans le cadre du sanatorium des Minoux. Dans le domaine de la lutte contre la tuberculose, Ceppi propose aussi l'achat d'un *appareil spécial d'insolation artificielle [appelé] soleil d'altitude.*[53]

Ces améliorations du matériel médical s'accompagnent d'une purification et d'un assainissement de l'espace hospitalier, dans la continuité de préoccupations datant des années 1840[54]. On cherche tout d'abord à rendre l'hôpital plus propre et à le débarrasser de ses odeurs et de ses saletés. On décide en 1871 la rénovation des sanitaires *vu le mauvais état des lieux d'aisance de la salle de chirurgie et de celle sur la galerie, répandant une odeur infecte dans les bâtiments, considérant qu'il est urgent de remédier à cet état de chose qui est très nuisible à la santé.*[55] L'année suivante, un canal-égout est installé dans la cour supérieure. Le Dr Ceppi joue lui-même un rôle important dans l'assainissement de la maison en proposant l'installation de linoléum dans toutes les salles et l'achat d'un purificateur d'air en 1911.

Cette quête du propre et du sain touche tout autant le travail des médecins. Ceux-ci vont chercher à exercer dans les meilleures conditions hygiéniques. En 1877, *le président [de la Direction] rapporte qu'actuellement on peut se procurer des désinfectants à bon marché et il estime qu'un établissement aussi important que l'hôpital ne peut tarder à en faire usage.*[56] Le souci de désinfection et de stérilisation du matériel médical mène en 1894 à l'adoption définitive de la méthode aseptique, après quelques tentatives infructueuses en 1890. On en informe alors les autorités cantonales: *Notre arsenal chirurgical a été modifié dans ce sens, et nous avons fait l'acquisition d'un stérilisateur de Schimmelbusch. Pour les plaies infectées ou suspectes, nous combinons l'antisepsie et l'asepsie en stérilisant le pansement par cuisson dans un récipient émaillé renfermant une solution de sublimé à 1 - $^{20}/_{100}$.*[57] Dans le même ordre d'idées, un appareil à désinfecter est acheté en 1902 et mis à disposition de la population quatre ans plus tard. Dans ce contexte résolument neuf, il devient inadmissible de continuer de laver après usage certains pansements pour un second usage. La Direction promet en 1916 que cela ne se reproduira plus.

Enfin, toutes ces innovations médicales se déroulent dans un environnement qui se modernise à la Belle Epoque par l'adoption des progrès

techniques du moment. L'électricité permet l'installation de sonneries (1891), de lumière artificielle (1903) et d'horloges précises (1918). On se raccorde à l'eau courante en 1892 et au réseau téléphonique en 1909. Quant au chauffage central, il est installé en 1902. Toutes ces nouveautés permettent ainsi aux praticiens d'exercer dans des conditions de travail qui s'améliorent.

Personnel médical et soignant: vers la prédominance du chirurgien

La médicalisation de l'hôpital touche aussi l'organisation du travail à l'intérieur de l'établissement. Avant 1870, ce sont les sœurs hospitalières qui ont la haute main sur le service interne de la maison. Le médecin et le chirurgien gardent tous deux une clientèle privée qui assure l'essentiel de leurs revenus à côté d'une pratique en milieu hospitalier conçue comme un acte de charité envers les indigents[58].

L'arrivée d'une Direction interventionniste et les développements de la médecine hospitalière vont remettre en question cet ordre des choses et donner au chirurgien une place prédominante au sein de l'établissement. Après avoir maladroitement tenté une laïcisation du personnel soignant durant le Kulturkampf, les administrateurs de l'hôpital vont porter leur choix dans les années 1880 et 1890 sur les sœurs hospitalières, qui allient capacité professionnelle, dévouement, abnégation et moindre coût. Ce n'est pourtant qu'à la fin des années 1930 qu'on va exiger d'elles une formation professionnelle reconnue. Leur nombre passe de 10 en 1870 à 15 en 1921, 21 en 1935 (dont 6 aux Minoux), et 28 en 1950 (dont 8 aux Minoux)[59].

Avant 1870, le Conseil d'administration nommait un médecin et un chirurgien qui restaient au service de l'établissement jusqu'à leur mort ou leur départ de la ville. Ils provenaient de la haute bourgeoisie bruntrutaine et exerçaient principalement à l'hôpital depuis 1815. Les deux médecins bourgeois en poste en 1870, Louis Carraz et Ernest Daucourt père, avaient été nommés respectivement en 1845 et en 1848. Dès 1870, les radicaux adoptent une politique foncièrement différente en matière de nomination des médecins. Les deux praticiens bourgeois sont remerciés et remplacés en octobre 1870 par les Drs Bodenheimer père et Chevillat, tous deux proches du parti radical. A la différence de leurs prédécesseurs, les médecins sont désormais nommés chaque année, puis tous les trois ans dès 1875. Cela engendre un système de rotation qui est entériné par une ordonnance cantonale en 1900[60]. Il est très rare que les médecins restent en place durant de longues périodes sans interruption. Mais cette politique du tournus présente plusieurs désavantages qui

apparaissent très rapidement. Tout d'abord, le choix des praticiens est hautement politisé. Les médecins conservateurs en sont exclus dès les années 1870 et les représentants de la bourgeoisie au sein du Conseil d'administration manifestent leur mécontentement à de multiples reprises. Mais, surtout, ce mode de nomination a le désavantage de ne pas permettre un développement médical de l'établissement conçu à long terme. Le travail à l'hôpital n'est qu'un à-côté pour des médecins qui se soucient avant tout de leur clientèle privée. La Direction est très tôt consciente de ce désagrément. La nomination pour une période de trois ans au lieu d'un est faite pour cette raison, sur demande de l'administrateur et médecin conservateur Daucourt. En 1906, la Direction demande à l'Association cantonale des hôpitaux si le système de rotation pour le service médical ne serait pas à revoir. En fin de compte, seul le chirurgien est nommé de fait pour de longues périodes dès le milieu des années 1880. Tous font preuve d'un engagement de tous les instants en faveur de la modernisation et de la médicalisation de l'hôpital, tandis que les médecins ne font que passer. Le chirurgien est dans les faits le véritable maître de la maison et l'interlocuteur privilégié de la Direction. Cette position nouvelle reflète tout à fait l'importance qu'a prise la chirurgie dans les hôpitaux dans l'extrême fin du 19e siècle[61].

Le développement de l'hôpital nécessite l'augmentation du nombre de médecins. Ils sont deux au départ à exercer dans l'établissement (un médecin et un chirurgien). En 1904, un troisième médecin, appelé «assistant chirurgien», est nommé, mais ce poste est aussi soumis au régime de la rotation. Vers la fin de la guerre, en 1917, la Direction accepte temporairement la présence d'un médecin militaire, payé par l'armée mais soumis aux ordres du Dr Ceppi. Enfin, l'ouverture du sanatorium des Minoux en 1934 nécessite la présence d'un nouveau praticien. Ce poste

Médecins-chefs		Chirurgiens-chefs	
1870-1871	Joseph Bodenheimer	1870	Jean-Baptiste Chevillat
1871-1877	Charles Bodenheimer	1871-1872	Auguste Schwartzlin
1877-1882	Otto Schenker	1873-1874	Jean-Baptiste Chevillat
1883-1886	Ernest Ceppi	1875-1880	Auguste Schwartzlin
1887-1895	Jean-Baptiste Chevillat	1880-1885	Jean-Baptiste Chevillat
1895-1906	Edmond Houlmann	1886-1902	Alfred Wilhem
1906-1910	Victor Mandelert	1903-1925	Ernest Ceppi
1911-1918	Edmond Houlmann		
1919-1920	Victor Mandelert		
1921-1925	Germain Viatte		

Tableau N° 3: Médecins et chirurgiens de l'hôpital (1870-1925).[62]

permanent est occupé dès sa création par un spécialiste de la lutte contre la tuberculose, le Dr Alex Houlmann, qui a exercé jusque-là à Leysin.

Les médecins ne pratiquent que sporadiquement à l'hôpital. Ils s'occupent avant tout de leur clientèle privée et aménagent quelques chambres, voire une petite clinique, dans leurs maisons de maître. Ainsi, en 1880, le Dr Schenker, qui est médecin de l'hôpital cette année-là, refuse de s'occuper pour un temps du service de son collègue malade, car *il ne pourrait sans nuire à sa clientèle privée, se charger plus longtemps du service de chirurgie.*[63] Les relations entre les médecins et l'hôpital sont donc particulières et débouchent à l'occasion sur de petits conflits. Très tôt, les médecins considèrent l'hôpital comme un instrument à leur service (mise à disposition d'une infrastructure coûteuse). Le Dr Daucourt, éjecté de son poste en 1870, obtient cinq ans plus tard du Conseil d'administration la possibilité pour l'ensemble des praticiens de la ville d'utiliser les instruments de chirurgie de l'hôpital à leurs frais. On note en 1879 la présence de malades qui se font soigner par leur propre médecin de famille dans un lit de l'hôpital. La Direction réagit vivement et affirme que *l'ordre général de l'établissement ne doit pas tolérer de concessions privées.*[64] En 1939, le Conseil d'administration refuse de nommer le Dr Beucler pour une nouvelle période, car il recruterait à l'hôpital de nouveaux clients pour sa clinique privée.

Pourtant, cette utilisation d'infrastructures publiques à des fins privées ne signifie pas le désintérêt du corps médical pour le développement de l'hôpital, bien au contraire. Dès 1876, la présence des médecins en poste est souhaitée aux séances de la Direction, lorsque l'on débat de problèmes médicaux ou hygiéniques. Leur présence dans les organes dirigeants de l'hôpital est même en voie d'officialisation en 1939. Ils sont de véritables consultants sur la question de la réforme de l'hôpital et sont parmi les personnes les plus actives pour demander la construction d'un pavillon d'isolement et le transfert de l'hôpital hors de la ville. A l'occasion, ils agissent même de manière collective pour pousser l'hôpital dans le sens de la modernisation. Ainsi, en 1926, ils envoient une requête à la Direction et *rappellent que les locaux trop exigus et désuets obligent à soigner ensemble les malades de toutes les catégories et aussi les enfants avec les adultes et que l'hôpital manque tout à fait de certaines installations indispensables.*[65] On peut considérer les médecins comme un groupe de pression qui milite en faveur de la médicalisation de l'établissement, tant dans un souci de santé publique que de défense de leurs intérêts propres. La Direction et le Conseil d'administration sont toujours beaucoup plus prudents et tempèrent cette ardeur, car ils perçoivent avant tout la dimension financière de la médicalisation.

La question d'un nouvel hôpital

On se rend très rapidement compte que les bâtiments construits à la fin du 18e siècle ne répondent pas aux exigences d'un hôpital en voie de médicalisation. Encastrés dans les murs de la vieille ville, ils ne peuvent que difficilement s'adapter à de nouveaux soucis hygiénistes et faire face à une capacité d'accueil satisfaisante. De plus, les épidémies de typhus et de tuberculose nécessitent la construction d'un pavillon d'isolement en-dehors de la ville conformément aux exigences légales et médicales. Pendant près d'un siècle, des années 1860 aux années 1950, la question de la construction de nouveaux bâtiments hospitaliers est au centre des débats du Conseil d'administration et de la Direction. Si dans les années 1860 ce sont essentiellement des problèmes politiques qui empêchent la rénovation des bâtiments[66], ce sont plutôt des difficultés financières et gestionnaires qui expliquent l'attentisme de la période 1870-1940.

La nouvelle administration et l'ancien hôpital

Dès qu'ils prennent en main les rennes de la maison, les radicaux adoptent une politique active en matière de développement de la capacité d'accueil de l'établissement. Rapidement, ils se heurtent à des contraintes architecturales insurmontables. Le rapport de 1871 envoyé à l'administration cantonale affirme que *les bâtiments actuels, quoiqu'occupant une étendue très vaste, ne permettent plus l'augmentation du nombre des lits. On songe déjà à aliéner lesdits bâtiments pour si possible construire un autre hôpital répondant mieux aux exigences des temps.*[67] En avril 1873, une séance du Conseil d'administration se penche longuement sur cette question. Quelques membres proposent d'aménager une nouvelle salle d'urgence dans les anciens bâtiments. Les deux médecins présents interviennent alors pour exiger une réalisation plus audacieuse. Le Dr Charles Bodenheimer, *dit que les bâtiments actuels, amas de maisons jointes successivement les unes aux autres pour former l'hôpital ne répondent pas aux besoins d'un établissement de ce genre. Le service en est difficile, la surveillance avec ses nombreuses issues et longs corridors est impossible. Cependant ces bâtiments se vendraient bien aujourd'hui et avec le prix qu'on en retirerait on pourrait construire hors de ville un hôpital approprié à sa destination, mieux aéré, plus salubre que celui actuel. Avec une bonne distribution des corps de logis, on pourrait tout en réduisant le personnel obtenir beaucoup plus de services.*[68] Bien que conservateur, le Dr Daucourt approuve son confrère et, se fondant sur des arguments hygiénistes et aéristes, estime que la

construction d'une nouvelle salle d'urgence dans les anciens bâtiments serait néfaste, car elle *interceptera complètement la lumière solaire qui dilate et renouvelle l'atmosphère corrompue, ce qui rendra tout à fait insalubre la salle de médecine des femmes.*[69] Suite à ces interventions, l'assemblée décide d'étudier la possibilité de construire un nouvel hôpital, mais ne renonce pas à sa salle d'urgence.

La proposition de Bodenheimer ne voit pas le jour, pour des raisons sans doute financières. Désormais, les administrateurs de l'hôpital adoptent une politique de développement au coup par coup, les contraintes architecturales ne permettant pas une réforme généralisée de l'institution. Ainsi, on crée deux nouvelles salles dans la maison de Rosé[70] (1876) et quelques lits dans la chapelle et la sacristie (1878). L'acquisition d'un pâté de maisons adjacent et son aménagement dans les années 1900 et 1910 permettent d'accroître la capacité d'accueil de l'établissement, sans pour autant résoudre les problèmes inhérents à son emplacement. La question de la réalisation d'un nouvel hôpital est pourtant souvent présente lorsque l'on débat de l'opportunité de construire un pavillon d'isolement pour malades contagieux en-dehors de la ville. C'est seulement vers la fin des années 1920 que l'on songe sérieusement à la création de bâtiments modernes.

La construction d'un pavillon d'isolement pour maladies contagieuses

Parallèlement à la réalisation d'un nouvel hôpital, la Direction, ainsi que les autorités politiques cantonales et communales songent à créer un pavillon d'isolement pour malades atteints d'affections contagieuses. Pour certains, cette réalisation doit être l'occasion d'un redéploiement de l'hôpital dans son ensemble, alors que pour d'autres les deux questions ne sont pas liées.

Les débats à ce propos apparaissent en 1872. La commune de Porrentruy est alors obligée par une loi à construire un baraquement pour varioleux en-dehors de la ville pour y soigner à part ces malades. Approché par le conseil municipal, l'hôpital accepte de céder l'un de ses terrains, voire d'accorder un important prêt en argent, mais refuse de s'engager plus à fond dans ce projet qui ne voit finalement pas le jour. Par la suite, cette question revient épisodiquement à l'ordre du jour des séances du Conseil d'administration, mais ne parvient pas à susciter l'enthousiasme. Même les exigences légales n'ont guère d'effet sur les administrateurs de l'hôpital. Une ordonnance cantonale de 1891[71] demande aux municipalités de construire un lazaret. L'avocat Daucourt intervient dans ce sens en juillet 1892 et exige *qu'on se décide une bonne*

fois à construire en-dehors de la ville, une annexe de l'hôpital qui en temps d'épidémie, servirait de pavillon d'isolement.[72] L'épidémie de variole qui sévit dans le district au début de cette année-là n'est sans doute pas étrangère à cette prise de conscience. La Direction de l'hôpital propose de participer à la construction d'un pavillon d'isolement en commun avec la municipalité de Porrentruy et avec l'aide de subventions cantonales et fédérales. Une commission d'étude est nommée en 1893 et rend son rapport en décembre 1894, concluant que c'est aux seules communes du district d'envisager la construction d'un lazaret, avec un éventuel soutien de l'hôpital. Il n'en fallait pas plus pour enterrer le projet.

Sous l'impulsion de la municipalité et de la préfecture, la question du lazaret est discutée à plusieurs reprises lors de séances de la Direction (1902, 1905), si bien que l'on croit s'acheminer vers une solution en 1906. En effet, on se décide cette année-là à affecter 20 à 30000 francs *pour l'établissement d'un premier pavillon d'isolement*[73] et l'on choisit un site pour le futur lazaret où *la vue est belle et l'air pur. Il [le lazaret] doit être élevé sur un terrain sec et non marécageux, bien exposé au soleil et à l'abri du vent.*[74] On demande même des plans à l'hôpital de l'Ile à Berne et un membre de la Direction visite en juillet le nouveau lazaret de Berthoud et se procure les plans de celui de Thoune. Dès 1907, une commission spéciale est chargée d'étudier sérieusement la question du pavillon d'isolement. Mais, brusquement, la Direction décide en mars 1907 d'abandonner le projet, pour des raisons inconnues mais sans doute financières. Il est fort probable que les communes du district n'acceptent pas de s'engager financièrement comme l'aimerait l'hôpital. Déçues de ce choix, les autorités cantonales écrivent à l'hôpital pour l'encourager à revenir sur sa décision (1908, 1913, 1916, 1917, 1918) – mais celui-ci a trouvé entre-temps une solution de rechange. L'acquisition et l'aménagement d'un pâté de maisons adjacent à l'hôpital dans les années 1900 et 1910 permettent notamment la réalisation d'un pavillon d'isolement dans le cadre de l'hôpital, dans la maison de Rosé. Cette solution n'est pas idéale d'un strict point de vue médical (difficultés d'isolement des malades contagieux), mais permet momentanément d'échapper à de lourdes contraintes financières.

La question du lazaret revient sur le tapis à la fin des années 1920. C'est un élément financier qui est à l'origine de cette nouvelle tentative, qui sera enfin la bonne[75]. En effet, en décembre 1928, la Direction décide de rouvrir le dossier, car elle s'attend à des subventions fédérales et cantonales intéressantes. On demande alors l'avis des médecins et du Conseil d'administration, puis l'on nomme une commission d'étude en février 1929. Celle-ci se met rapidement au travail et projette la construction d'un pavillon unique à destination des tuberculeux (30-40 malades). La visite d'établissements similaires à Montana ainsi que dans

les cantons de Berne et de Vaud donne une idée du meilleur qui existe dans le pays. Un terrain est loué puis acheté aux Minoux (emplacement de l'hôpital actuel) et les demandes de permis de construction et de subventions réalisées en 1931. Les travaux d'aménagement et de construction commencent durant l'hiver 1931-1932. Les nouveaux bâtiments sont inaugurés en novembre 1934. Le sanatorium aura coûté au total un peu plus d'un million de francs, répartis entre l'hôpital, le canton de Berne (20%) et la Confédération (20%).

Vers un nouvel hôpital

Le succès enregistré avec la création du sanatorium des Minoux permet de relancer les projets de construction d'un nouvel hôpital en-dehors de la ville. Plusieurs projets voient le jour dans l'entre-deux-guerres et l'un d'eux, né vers la fin des années 1930, aboutira à la réalisation de l'actuel hôpital régional.

Le débat est relancé en 1923 par un vieux notaire qui cherche à vendre un immeuble sis à la sortie nord de la ville et le propose à l'hôpital pour un prix avantageux. A sa mort en 1924, ses héritiers décident de garder la maison, puis l'offrent à nouveau à l'hôpital en 1926. Cette année-là, d'autres projets arrivent sur le bureau de la Direction. Virgile Chavanne, qui est lui-même membre de cette Direction, propose la propriété de Microferme qui appartient à sa famille. Un dénommé Brülmann propose la Vignatte, vers le château. L'idée vient même à certains de racheter le château et ses dépendances et de placer l'orphelinat qui s'y trouvait dans l'hôpital en ville. C'est finalement la construction du lazaret des Minoux qui relance le débat un peu plus sérieusement. En 1933, le préfet Henry projette de déplacer l'ensemble de l'hôpital aux abords du sanatorium. Cette idée fait son chemin et la Direction reçoit les premiers plans en mars 1938. Pourtant, dès décembre, les difficultés dans l'obtention de subventions fédérales et cantonales retardent le projet. La guerre qui bientôt se déclare et d'autres difficultés d'ordre gestionnaire et financier ne font que retarder un peu plus la concrétisation de ce projet. C'est seulement vers la fin des années 1940 qu'on s'acheminera vers sa réalisation. Le nouvel hôpital des Minoux ouvrira ses portes en 1956.

Conclusion

Le développement de l'hôpital de Porrentruy en direction d'une médicalisation après 1870 est tout à fait représentatif de ce qu'on trouve ailleurs en Suisse romande et en Europe occidentale à cette époque. Le

recentrage sur les malades, l'introduction de nouvelles techniques médicales, les succès de la chirurgie ou l'ouverture de pavillons d'isolement sont autant de signes du passage vers l'hôpital généraliste[76] médicalisé tel qu'il apparaît à la fin de l'entre-deux-guerres. Au niveau financier aussi, l'intervention massive des collectivités publiques et des assurances après 1918 n'est que le reflet d'une tendance générale. L'inflation galopante ainsi que les progrès techniques et les succès de la médecine hospitalière nécessitent une intervention massive de l'Etat, des communes et des assurances. Ce sont ces nouveaux acteurs financiers qui vont permettre la gigantesque croissance des Trente Glorieuses sans aucune remise en question fondamentale du système hospitalier.

Le développement volontariste de l'hôpital de Porrentruy entre 1870 et 1940 se fait donc au détriment de son indépendance financière et gestionnaire. C'est précisément ce qu'avait voulu éviter la haute bourgeoisie de Porrentruy, qui tenait la haute main sur la maison avant 1870, en limitant la croissance de l'institution[77]. Lorsqu'ils perdent la propriété de l'hôpital en 1870, les notables bourgeois bruntrutains laissent surtout échapper un instrument de pouvoir sur la cité[78]. La nouvelle dépendance financière qui apparaît dans les années 1920 permet la réalisation d'un hôpital généraliste de qualité. Ce qui est perdu en indépendance gestionnaire est gagné en qualité médicale.

Pierre-Yves Donzé (Neuchâtel), est chargé de recherche à l'Institut romand d'histoire de la médecine et de la santé publique (Lausanne).

NOTES

[1]Sur l'hôpital de Porrentruy avant 1870, voir Pierre-Yves Donzé, *L'hôpital bourgeois de Porrentruy, 1760-1870*, Porrentruy, Cercle d'études historiques de la Société jurassienne d'Emulation, 2000, 211 p.

[2]L'hôpital de Porrentruy est fondé par la bourgeoisie locale en 1406. Une importante rénovation de l'institution jette les bases de l'hôpital moderne dans les années 1760.

[3]En 1866, l'hôpital possède plus de 330 hectares de terres et près de 600000 francs en numéraire, pour une fortune totale évaluée à 1.4 million de francs.

[4]On trouve les mêmes conflits entre bourgeoisies locales et municipalités ou Etats ailleurs en Suisse, comme à Genève lors de la question de la création d'un hôpital cantonal (années 1840 et 1850) ou à Sion dans les années 1850.

[5]Il est vrai que la qualité bourgeoise de l'hôpital n'était plus représentative d'une quelconque réalité sociale, puisque seuls 5.3% des hospitalisés sont d'origine bourgeoise en 1851-1858 et 3.2% pour la période 1866-1869.

[6]Les gens qui en ont les moyens se font alors soigner à domicile.

[7]Ces documents ont été aimablement mis à ma disposition par MM. Weissbrodt et Grillon, directeur et secrétaire de l'Hôpital régional de Porrentruy. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance.

[8]Ce Conseil d'administration étant lui-même nommé par l'Etat (4 membres) et les communes du district (5 membres).

[9]Des discussions à ce sujet ont lieu entre 1923 et 1938 sans que cela ne débouche sur quelque chose de durable.

[10]Comme c'est généralement le cas ailleurs en Suisse romande.

[11]Archives de l'Hôpital régional de Porrentruy (AHRP), Procès-verbaux de la Direction (PVD), 23 septembre 1875.

[12]AHRP, Procès-verbaux du Conseil d'administration (PVCA), 28 décembre 1878.

[13]AHRP, PVCA, 28 juin 1926.

[14]AHRP, PVD, 1er juillet 1891.

[15]Archives de la bourgeoisie de Porrentruy (ABP), Archives anciennes de l'hôpital, Propriétés de l'hôpital, 125 C, *Récapitulation des nouveaux bulletins du cadastre*, 1877.

[16]AHRP, Registres d'inventaires, 1870-1919. Il n'existe pas (plus) de documents de ce type pour les années 1920-1940 dans les archives de l'hôpital actuel.

[17]Les archives de l'hôpital actuel conservent des documents qui permettraient l'étude de ces prêts de capitaux. Celle-ci n'a pas été entreprise, car elle n'entrait pas directement dans la problématique générale de ce petit article.

[18]AHRP, Comptes administratifs, 1871-1940.

[19]Afin d'aboutir à une analyse comptable d'une exactitude absolue, il eût fallu recourir aux pièces justificatives elles-mêmes, aux *Livres de caisse* et aux *Registres de rubriques*, tous conservés dans l'hôpital actuel. Faute de temps, ce travail titanesque n'a pas été entrepris.

[20]AHRP, PVCA, 27 décembre 1879.

[21]Olivier Faure et Dominique Dessertine, *Combattre la tuberculose, 1900-1940*, Lyon, PUL, 1988, p. 84.

[22]Chiffres en francs courants.

[23]L'indice des prix à la consommation est un bon révélateur de ce phénomène. Durant la période qui nous intéresse, on passe d'un indice 100 en 1914 à un indice 138 en 1939. Les années 1920 connaissent un indice moyen de 173.3. Source: *Annuaire statistique de la Suisse*, Berne, diverses années.

[24]Sur les rapports entre l'hôpital bourgeois et l'Etat de Berne, voir Pierre-Yves Donzé, *L'hôpital bourgeois...*, *op. cit.*, pp. 35-38.

[25]Alors que la durée moyenne de séjour est toujours inférieure à 30 jours (sauf en 1913 et 1919) entre 1870 et 1933. Passée cette date, les statistiques de l'hôpital intègrent les tuberculeux hospitalisés aux Minoux, dont le séjour est particulièrement long, ce qui fausse les données globales.

[26]En 1913, la Direction remarque que *par suite de l'augmentation du prix de pension à l'Asile des vieillards de Saint-Ursanne, certaines communes envoient leurs vieillards à l'hôpital au lieu de les faire entrer à l'Asile de Saint-Ursanne.* Source: AHRP, PVD, 18 décembre 1913. Il se passe le même phénomène avec l'établissement pour malades chroniques de Miserez.

[27]Soit environ 20% des dépenses de fonctionnement de cette année 1903. AHRP, PVD, 14 novembre 1903.

[28]AHRP, PVD, 19 février 1930.

[29]Il s'agit là d'une tendance générale qu'on retrouve dans l'ensemble des établissements médicaux et sociaux romands. Le développement à large échelle de ces institutions après 1900 et l'apparition d'une inflation galopante réduisent fortement les rendements des fortunes originelles (et l'autofinancement par la même occasion). De plus, la santé est peu à peu considérée comme un droit des citoyens et un devoir de l'Etat. L'intervention financière massive des collectivités publiques s'en trouve ainsi pleinement justifiée.

[30]Mais, comme le fait remarquer le Dr Gustave Piotet, chirurgien de l'hôpital de Nyon, *par suite du prix de la médecine (médicaments spéciaux) la majorité des hospitalisés deviennent «indigents» plus ou moins à la charge de l'Etat.* Archives de l'hôpital de Nyon, Procès-verbaux de la Commission administrative, 26 juin 1954.

[31]En se modernisant, l'hôpital n'est plus uniquement destiné aux pauvres. Les progrès de la chirurgie notamment attirent une clientèle aisée de plus en plus nombreuse dès les années 1900: l'industriel boncourtois François Burrus y est hospitalisé en 1914.

[32]Loi fédérale sur la responsabilité civile des patrons (1889) et Code des obligations (1894).

[33]ABP, Archives anciennes de l'hôpital, Propriétés de l'hôpital, 122. 20 décembre 1893.

[34]Ibidem.

[35]Il existe des conventions de ce type entre compagnies ferroviaires et hôpitaux dans l'ensemble de la Suisse romande. Dans certains cas même, ces entreprises privées sont à l'origine d'un hôpital (Brigue 1908) ou en financent l'agrandissement (Moutier 1912).

[36]AHRP, PVD, 26 juin 1870.

[37]AHRP, PVD, 18 mai 1873.

[38]AHRP, PVD, 7 juin 1877.

[39]Chiffres tirés de l'*Annuaire des statistiques jurassiennes*, Moutier, ADIJ, 1984, p.45.

[40]La fin du 19e siècle et le début du 20e siècle est un moment de différenciation fonctionnelle des institutions médico-sociales, qui voit les hôpitaux se débarrasser de leurs vieillards, placés dans de nouveaux établissements, et se consacrer uniquement aux malades. Pour une première approche, voir Geneviève Heller, «De l'asile à l'établissement médico-social: le canton de Vaud, fin 19e-20e siècle», in *Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande*, Lausanne, SHSR & Editions d'En bas, 1994, pp. 113-126.

[41]AHRP, PVD, 27 août 1871.

[42]AHRP, PVD, 23 juin 1878.

[43]L'hospice du château de Porrentruy est ouvert en 1841 en faveur des vieillards et des enfants abandonnés du district de Porrentruy. Avec le départ des vieillards, il devient un orphelinat (1897). Il est intéressant de noter que cet établissement est restructuré en 1875 et que dès cette date le Conseil d'administration de neuf membres est nommé par l'Etat (4 membres), la municipalité (radicale) de Porrentruy (1 membre) et les communes rurales (4 membres). Les délégués de l'Etat étant par principe radicaux, on aboutit donc à une mainmise radicale sur l'institution après 1875. Il est alors fort probable que Daucourt et ses amis conservateurs aient voulu se venger de la Direction radicale de l'hôpital qui avait décidé de ne plus accepter de vieillards en retirant ces derniers de l'hospice du château et en créant un autre hospice à Saint-Ursanne. Sur l'hospice du château de Porrentruy, voir John Vuillaume, *L'hospice du château de Porrentruy (1837-1930). Histoire d'une institution de charité*, Université de Neuchâtel, mémoire de licence, 1996, 95 p. Sur le home de Saint-Ursanne, voir la plaquette anniversaire de Léon Migy-Studer, *Centenaire du Foyer pour personnes âgées du district de Porrentruy 1896-1996*, Porrentruy, 1996, 47 p.

[44]Mis à part la Maternité de Genève ouverte en 1876 dans le cadre de la Faculté de médecine et le Service des accouchées ouvert dans les années 1870 à l'Hôpital cantonal de Lausanne, il n'y a pas de services d'obstétrique et de maternité dans les hôpitaux régionaux romands. Jusqu'au début du 20e siècle, on continue de naître à domicile sous la surveillance de sages-femmes. La naissance est médicalisée au début du 20e siècle: désormais, elle se fait en milieu hospitalier, sous la direction d'un médecin. Sur ce passage de la sage-femme au médecin, voir Jacques Gélis, *La sage-femme ou le médecin: une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988.

[45]Il n'a pas été possible d'identifier la part relative de chacune des deux parties, ni l'évolution de cette part.

[46]AHRP, PVD, 27 février 1877.

[47]Il existe alors à Porrentruy deux société de bienfaisance «La Maternité», l'une catholique-conservatrice, et l'autre protestante et probablement radicale. Toutes deux ont un but similaire: venir en aide aux femmes pauvres en couches. Je ne sais pas à laquelle il est fait allusion ici.

[48]AHRP, PVD, 29 octobre 1925.

[49]On compte 34 accouchements à la salle de maternité en 1937 (soit 9.0% des naissances du district), 52 en 1938 (13.2%) et 66 en 1939 (16.6%). Les chiffres pour les autres années ne sont pas disponibles.

[50]AHRP, Rapport annuel, 1909.

[51]Ce qui est relativement précoce pour un hôpital régional. Les rayons X sont découverts par Röntgen en 1895. Cette découverte est rapidement introduite dans les centres hospitaliers: l'hôpital cantonal de Lausanne acquiert une installation de rayons X en 1898. Exception faite de l'hôpital d'Yverdon qui s'en procure une en 1901 déjà, les établissements régionaux vaudois en font l'acquisition dans les années 1910 et 1920. Certains auteurs considèrent l'arrivée des rayons X comme le début de l'ère médico-technique à l'hôpital. Voir Louis-Samuel Prod'hom e.a., «L'hôpital universitaire: hier - aujourd'hui - demain», in *Revue médicale de la Suisse romande,* 1991, p. 53.

[52]AHRP, Rapport d'activité, 1905.

[53]AHRP, PVD, 9 décembre 1921.

[54]Voir Pierre-Yves Donzé, *L'hôpital bourgeois...*, *op. cit.*, pp. 93-95.

[55]AHRP, PVD, 27 août 1871.

[56]AHRP, PVD, 30 octobre 1877.

[57]AHRP, Rapport annuel, 1894.

[58]Cette position des médecins n'est pas propre à Porrentruy. Dans de nombreux établissements vaudois, les médecins exercent gratuitement dans les années 1860 et 1870.

[59]J'aborde ici essentiellement le problème du service médical de la maison. Pour la question de la professionnalisation des infirmières et des religieuses hospitalières, voir Pierre-Yves Donzé, «Entre science et religion à l'hôpital de Porrentruy (1870-1940): les sœurs hospitalières face à l'affirmation du pouvoir médical», dans *L'Hôtâ*, 2001, N° 25, novembre 2001.

[60]Ordonnance cantonale du 3 avril 1900.

[61]Notamment grâce aux développements de l'anesthésie (découverte en 1846 à Boston) et à l'adoption de l'antisepsie (années 1870-1880) et de l'asepsie (années 1890).

[62]Les documents consultés ne permettent pas d'établir avec précision la liste des médecins-chefs après 1925. Il semble toutefois qu'on ait affaire à un hôpital dit ouvert, c'est-à-dire qui permet à tous les praticiens de la ville de venir soigner leurs malades dans l'établissement. Les postes de chef de service sont soumis à un tournus au moins jusqu'en 1940.

[63]AHRP, PVD, 17 octobre 1880.

[64]AHRP, PVD, 28 octobre 1879.

[65]AHRP, PVD, 16 juin 1926.

[66]La bourgeoisie de Porrentruy, qui est propriétaire de l'hôpital, a un attachement sentimental à l'Hôtel-Dieu construit dans les années 1760 et craint l'intervention de l'Etat dans la gestion de l'hôpital en cas de nouvelle construction. Voir Pierre-Yves Donzé, *L'hôpital bourgeois...*, *op. cit.*, pp. 25-39 et 169-173.

[67]AHRP, Rapport annuel, 1871.

[68]AHRP, PVD, 10 avril 1873.

[69]Ibidem.

[70]Annexe de l'hôpital acquise en 1811 et reliée au bâtiment central en 1841.

[71]Ordonnance cantonale du 28 février 1891.

[72]AHRP, PVCA, 16 juillet 1892.

[73]AHRP, PVD, 7 mars 1906.

[74]AHRP, PVD, 17 mars 1906.

[75]Subventions prévues par la loi fédérale contre la tuberculose de 1928. Cette loi est à l'origine de nombreux pavillons d'isolement, annexes d'hôpitaux et dispensaires antituberculeux en Suisse.

[76]En opposition aux établissements spécialisés (essentiellement dans l'enfance, l'ophtalmologie et l'orthopédie) qui apparaissent dans le second 19e siècle.

[77]Voir Pierre-Yves Donzé, *L'hôpital bourgeois...*, *op. cit.*

[78]Par clientélisme, népotisme, contrôle des classes pauvres, etc. Sur cette question pour la France d'Ancien Régime, voir l'excellent ouvrage de Daniel Hickey, *Local Hospitals in Ancien Régime France. Rationalization, Resistance, Renewal, 1530-1789*, Montréal, 1997.