

Approche historique du thème des restructurations hospitalières à travers trois exemples parisiens au XIXe siècle

Françoise Salaün

DANS **REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES 2003/3** , PAGES 9 À 26
ÉDITIONS **DREES MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

ISSN 0035-2985

DOI 10.3917/rfas.033.0009

Date de mise en ligne : 01/06/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-3-page-9?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour DREES Ministère de la santé.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Les restructurations hospitalières, un phénomène récent ?

Approche historique du thème des restructurations hospitalières à travers trois exemples parisiens au XIX^e siècle

Françoise Salaün*

Les travaux récents menés dans le champ de la restructuration hospitalière considèrent que cette question est historiquement liée à la « logique économique et gestionnaire »¹ initiée par la réforme hospitalo-universitaire de 1958. L'étude des processus de changement qui affectent l'organisation du système de soins ne relèverait donc que de l'histoire immédiate... Pourtant, ce sujet d'actualité peut être éclairé par trois exemples choisis dans l'histoire hospitalière parisienne du XIX^e siècle. Considérant que le fonctionnement en réseau est une composante essentielle de toute restructuration hospitalière – pour preuve, les études conduites pour l'élaboration des premiers schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) –, il m'a semblé en effet que l'histoire parisienne pouvait utilement nourrir la réflexion actuelle. Regroupés dans un même ensemble, le Conseil général des hospices civils de Paris (1801-1848) auquel succède en 1849, l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, les hôpitaux de Paris sont organisés, de fait, en réseau depuis le début du XIX^e siècle. À de nombreuses reprises, leurs administrateurs ont été amenés à fusionner certaines structures, à en éclater d'autres, en tout cas toujours à penser les changements d'organisation de façon globale pour ajuster le système aux besoins de la population.

En 1801, le Conseil général des hospices, en charge de la gestion de l'ensemble des hôpitaux de la capitale, s'engage dans un programme de réorganisation délibérément centralisateur. L'enjeu de cette réforme ? Instaurer des modalités de fonctionnement qui permettent de distribuer les secours hospitaliers de façon plus juste et plus rationnelle. Programme par essence organisationnel, donc, et véritablement pensé en terme de réseau sanitaire.

Entre 1862 et 1869, la politique urbaine du Second Empire occasionne le transfert de cinq hospices ou maisons de retraite en dehors de Paris, certains d'entre eux faisant l'objet de regroupement. Dans le même temps, il est décidé de reconstruire l'Hôtel-Dieu à proximité de son emplacement

* Historienne, chargée de mission à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

¹ Mossé Philippe, « Une brève histoire du temps hospitalier : anthologie commentée des étapes de la construction du cadre formel des restructurations hospitalières en France », *Revue française des Affaires sociales*, n° 2, avril-juin 2001, p. 7.

d'origine, au cœur de la Cité. Peut-on vraiment parler ici de programme hospitalier, quand les décisions prises participent surtout d'un projet d'urbanisme ? Quelle réflexion engagent-elles sur la place de l'hôpital et de l'hospice dans la ville ?

À l'extrême fin du XIX^e siècle, l'hôpital pour enfants Trousseau, désaffecté, est remplacé par trois établissements pédiatriques plus petits, répartis dans les quartiers populaires de la capitale. Au-delà de la définition d'un nouveau modèle d'établissement pédiatrique, l'hôpital-dispensaire, les débats qui alimentent cette réforme soulèvent la question de la répartition de l'offre de soins et, plus largement, de la place de l'hôpital dans le système de santé.

■ 1801 : la centralisation des hôpitaux parisiens

À Paris, l'administration des structures d'assistance et de soins est centralisée en 1801 par deux arrêtés consulaires. Le premier (17 janvier 1801) institue le Conseil général des hospices de Paris, en charge de la direction des établissements hospitaliers, le second (19 avril 1801) lui confiant la gestion des secours à domicile. C'est la première fois qu'une autorité unique administre tous les secours sanitaires et d'assistance proposés à la population indigente parisienne¹. Cette nouvelle organisation se veut une réponse à la crise de l'hôpital après l'échec des tentatives de nationalisation de la période révolutionnaire. Renonçant à l'ambition d'un service hospitalier nationalisé, le Directoire remet la gestion des hôpitaux aux communes (7 octobre 1796). En ce qui concerne la capitale, l'importance et la complexité des questions d'assistance justifient la mise en place d'un système spécifique, plus à même sans doute d'offrir des perspectives d'organisation nouvelles. C'est tout l'enjeu du Conseil général des hospices : garantir la meilleure coordination possible entre les deux secteurs des secours hospitaliers et de l'assistance. Il doit également optimiser le fonctionnement des équipements hospitaliers, inadaptés aux besoins croissants de la population parisienne. Les instigateurs de la réforme sont animés par le sentiment que tout est à bâtir : « La science d'administration des hôpitaux est presque entièrement à créer parmi nous. [...] Il est temps de donner à cette partie de l'administration publique la direction qui lui convient »².

¹ À la veille de la Révolution, la gestion des établissements d'assistance et de soin est répartie à Paris entre trois principaux services (l'Hôpital général, le bureau de l'Hôtel-Dieu, le Grand Bureau des Pauvres) ; par ailleurs, un grand nombre de maisons hospitalières fonctionnent de façon autonome.

² *Discours [de Frochot]*, préfet du département de la Seine en prononçant l'installation du Conseil général d'administration des hospices civils de Paris, 5 ventôse an IX [24 février 1801], p. 28.

L'idée maîtresse est la centralisation. Cette option semble unanimement partagée, tant est critiquée l'absence d'unité de la période antérieure : « En sortant du chaos de l'anarchie, il était raisonnable de tout centraliser pour imprimer à tous les rouages épars de l'administration publique une marche uniforme et régulière »¹. Le préfet de la Seine exprime les idées forces de la réorganisation de 1801 dans un texte préparatoire où il écrit que la gestion hospitalière exige beaucoup « d'ordre dans les détails, d'uniformité dans les principes, de constance et d'accord dans la pensée »². La centralisation apparaît comme le mode de fonctionnement le plus apte à garantir une action efficace : « Il faut surtout acquérir une force centrale [...] autour de laquelle se meuvent tous les corps qui constituent cette grande machine qui, avec tous les moyens pour hâter leur action n'en ait aucun pour l'arrêter »³. La mission confiée à la nouvelle institution tient en quelques mots : « le retour de l'ordre dans tous les détails et de l'économie dans tous les moyens »⁴.

La première tâche du Conseil général des hospices consiste à organiser la marche des dix-neuf établissements désormais placés sous sa direction. Il lui faut rationaliser la gestion de cet ensemble de structures et en définir des principes de fonctionnement communs. « Le nombre des hôpitaux et des hospices actuellement établis dans la commune de Paris, et la destination de chacun d'eux, sont-ils en rapport avec les besoins et les moyens de cette commune ? »⁵, questionne le préfet de la Seine dans un discours inaugural qui donne les orientations de la réforme. Le principe d'utilité domine cette pensée : désormais, il faut envisager la fonction de l'hôpital selon les besoins de la population. Cette théorie se veut en rupture avec le système ancien, où les fondations d'hôpitaux se faisaient surtout au hasard des donations privées ou des possessions ecclésiastiques.

Moins d'un an après son installation, le Conseil propose une nouvelle réglementation de l'offre de soins dans la capitale. Le principe en est simple : il s'agit de distribuer les secours hospitaliers de façon plus efficace et plus rationnelle. Les fondements de la réforme de 1801 sont posés par deux textes sur les admissions, le premier concernant les hospices et les maisons de retraite⁶, le second, les hôpitaux⁷. Traiter cette question en deux règlements distincts, c'est d'emblée affirmer la volonté de séparer les fonctions

1 *Notice historique sur l'hôpital Saint-Louis*, 1832, p. 31. (Archives AP-HP, 707 FOSS 17/1).

2 *Plan d'organisation de l'administration générale des hôpitaux et hospices de Paris*, présenté par le préfet du département de la Seine [Frochot] à l'examen du Conseil municipal de la Commune de Paris, Paris, Ballard, n. d., p. 5.

3 *Ibid.*, p. 8.

4 *Discours [de Frochot]*, *op. cit.*, p. 31.

5 *Ibid.*, p. 3.

6 Ministère de l'Intérieur, *Règlement pour les admissions dans les hospices*, 18 vendémiaire an X [10 octobre 1801]. Le principe général de ce texte consiste à classer les hospices en fonction de leur destination (accueil d'indigents valides, d'époux en ménage, d'infirmités ou d'orphelins) et du régime de leur administration (pension ou gratuité).

7 Ministère de l'Intérieur, *Règlement pour les admissions dans les hospices de malades*, 13 frimaire an X [4 décembre 1801].

hospitalière et asilaire. C'est revendiquer que l'hôpital doit désormais être un établissement de soins, exclusivement réservé aux malades et aux blessés. Mais l'intention va bien au-delà : « Il ne suffisait pas d'organiser, dans un esprit tout à fait neuf, les établissements [...] ; il fallait aussi les faire marcher vers le but qu'on s'était proposé, et les maintenir dans l'ordre et la direction qui convenaient à chacun d'eux »¹. Pour répartir le plus justement possible les patients dans les hôpitaux, un bureau central d'admission est constitué – ouvert en mars 1802. Pièce maîtresse de l'outillage hospitalier parisien, ce bureau est chargé de répartir les malades en fonction de deux critères : leur domicile et leur pathologie. Mais il doit au préalable vérifier si les personnes qui se présentent ont droit aux secours publics, et ce dans un but strictement économique, le manque de rigueur dans la sélection des malades compromettant « la sûreté du service par l'excès des dépenses »². La mise en place de ce système de contrôle centralisé doit permettre de réduire les admissions injustifiées et de supprimer « la facilité que le nombre des hôpitaux et leur dispersion dans les divers quartiers de Paris donne à tout individu de se présenter dans un hôpital en en quittant un autre »³. Outre cette mission de contrôle, le bureau central vise à remédier au « fatal encombrement de quelques établissements, lorsque les autres restaient vides »⁴. En cela, il joue un rôle essentiel de régulation : on y tient le registre du mouvement de l'ensemble des hôpitaux parisiens, ce qui permet de répartir les malades en fonction des places vacantes ; « de là résulte une prompt application des secours, et leur meilleure administration »⁵. Mais cette fonction de régulation – répartir les malades en fonction des lits disponibles –, pour importante qu'elle soit, ne constitue qu'un des éléments du dispositif d'ensemble, résolument novateur en ce qu'il est établi sur la classification et la spécialisation des hôpitaux⁶. La réglementation de 1801 opère une distinction entre l'hôpital commun « pour le traitement des maladies ordinaires » et l'hôpital spécial « pour certaines maladies particulières »⁷. Les hôpitaux communs⁸ sont eux-mêmes subdivisés, les deux plus importants – l'Hôtel-Dieu et la Charité – étant « destinés au service général de tous les quartiers de Paris [...], tandis que les autres [...], moins étendus, ne reçoivent que les malades des arrondissements voisins »⁹ et sont

1 Duchanoy Claude-François, *Précis de l'état actuel des hôpitaux et hospices de Paris comparés à ce qu'ils étaient avant la Révolution*, s. l., [1808], p. 9.

2 *Discours [de Frochot]*, *op. cit.*, p. 15.

3 Clavareau, *Mémoire sur les hôpitaux civils de Paris*, Paris, Prault, an XIII [1805], p. 14.

4 *Notice historique...*, *op. cit.*, p. 31-32.

5 Clavareau, *op. cit.*, p. 166.

6 « Une des premières occupations du Conseil fut de classer les hôpitaux et hospices, et de donner à chacun une destination particulière », Administration des hospices civils et secours de la ville de Paris, *Comptes généraux de l'an XI*, p. xvij.

7 Ministère de l'Intérieur, *Règlement pour les admissions dans les hospices de malades*, *op. cit.*, article 12.

8 Le grand hospice d'Humanité [Hôtel-Dieu], les hospices de l'Unité [la Charité], de l'Est [Saint-Antoine], du Sud [Cochin], de l'Ouest [Necker] et du Roule [ancien Beaujon].

9 Hospices civils de Paris, *Rapport sur les opérations du bureau central d'admissions dans les hôpitaux*, 18 pluviôse an XII [8 février 1804].

« distribués à raison d'un pour deux mairies »¹. Tout laisse à penser que ce dispositif s'est révélé inapplicable dans la pratique². Quoi qu'il en soit, cette définition d'hôpital de quartier en dit long sur la volonté des administrateurs d'optimiser la gestion du parc hospitalier. La même intention justifie la décision d'attribuer une vocation spécialisée à plusieurs hôpitaux³ : il s'agit d'organiser la répartition des malades, non plus en fonction de leur domicile, mais selon leur pathologie, les hôpitaux spéciaux étant « exclusivement affectés, soit au traitement de certains genres de maladies [...], soit à des classes particulières de malades »⁴. Cette mesure montre bien que la réforme de 1801 ne se limite pas à une simple réorganisation administrative. Elle sert le mouvement de médicalisation de l'hôpital engagé depuis la fin du XVIII^e siècle. C'est tout l'esprit des réformateurs des Lumières qui anime ce texte, et plus spécialement celui de Jacques Tenon, auteur en 1788 des *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, où il dessinait un schéma nouveau d'organisation sanitaire de Paris. Tenon proposait de démembrer l'Hôtel-Dieu en plusieurs structures, et d'installer, sur son emplacement au cœur de la Cité, un petit hôpital de secours pour réguler les admissions⁵. Il imaginait tout un réseau d'hôpitaux, soit spécialisés, pour accueillir les malades en fonction de leurs pathologies⁶, soit de proximité, pour répondre aux besoins sanitaires des quartiers⁷. Les valeurs qui animaient son projet se retrouvent dans bien des aspects de la réforme de 1801, tout entière portée par le désir de proposer une organisation hospitalière rationnelle, tout à la fois économique et utile à la population.

1 Necker, Cochin, Beaujon [ancien], Saint-Antoine, ministère de l'Intérieur, *Règlement pour les admissions dans les hospices de malades*, *op. cit.*, article 15.

2 « Les hôpitaux d'arrondissement n'offrent pas tous un nombre de places proportionné à la population des différents quartiers qu'ils sont destinés à servir », Hospices civils de Paris, *Rapport sur les opérations...*, *op. cit.*

3 L'article 13 précise la destination de trois hôpitaux spéciaux : « l'hospice des Vénériens [...] ; l'hospice de la Couche [...] pour les femmes enceintes [...] ; l'hospice du Nord, pour les maladies chroniques, soit contagieuses, telles que la gale, la teigne, les dartres, soit rebelles et cachectiques, comme le scorbut, les vieux ulcères, les écrouelles ». L'article 14 annonce la création de deux autres hospices spéciaux : « l'un pour les enfants des deux sexes âgés de moins de quinze ans [...] ; l'autre pour le traitement de la petite vérole », *Règlement pour les admissions dans les hospices de malades*, *op. cit.*

4 Hospices civils de Paris, *Rapport sur les opérations...*, *op. cit.*

5 « On y indiqueroit chaque jour le nombre de lits vacans dans les différentes maisons », Tenon Jacques, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Pierres, 1788, p. xxxix.

6 « Les autres hôpitaux [...] placés à la circonférence de Paris, ont chacun une destination particulière », *Ibid.*, p. xxxix.

7 « L'étendue et le nombre des hôpitaux d'une ville sembleroient donc devoir se régler sur la quantité d'indigens et de malades comparés avec sa population », *Ibid.*, p. 1-2.

■ Hôpitaux et hospices dans le Paris du Second Empire

« Paris est le cœur de la France ; mettons tous nos efforts à embellir cette grande cité [...]. Ouvrons de nouvelles rues, assainissons les quartiers populeux qui manquent d'air et de jour, et que la lumière bienfaisante du soleil pénètre dans nos murs »¹. Ce discours, prononcé par Louis Napoléon le 10 décembre 1850, inaugure une série de grands travaux pour Paris. Sous la conduite du baron Haussmann (préfet de la Seine entre 1853 et 1869), s'engage un vaste chantier de remodelage des quartiers et d'ouverture de voies nouvelles.

Que deviennent les bâtiments hospitaliers situés sur les terrains expropriés ? Les hôpitaux sont maintenus dans les quartiers, contrairement aux hospices et maisons de retraite, transférés en dehors de Paris. Le choix de traiter différemment ces deux types d'établissement semble partagé par tous les décideurs de l'époque. « Si le maintien des hôpitaux dans Paris, à la portée des habitants de ses divers quartiers, était une obligation non discutable, les hospices, les maisons [...] de retraite n'avaient qu'à gagner, tout au contraire, à s'éloigner de ce milieu, pour se rétablir sur des points où leurs pensionnaires trouveraient plus d'espace, un air meilleur, et le calme convenable à leur âge »², écrit Haussmann dans ses mémoires. Même son de cloche du côté de l'Assistance publique, où l'on présente le transfert des hospices hors de Paris comme « une mesure générale [...] que semblent [...] commander les intérêts de la Ville aussi bien que ceux de l'Administration hospitalière »³. La question semble d'autant moins discutée que ces déplacements sont présentés comme de simples réajustements rendus nécessaires par l'extension de Paris. « C'est au dehors de la ville [que les hospices] avaient été construits ; [...] tous ou presque occupent [...] des positions qui, d'excentriques [...], sont devenues centrales par le fait de l'accroissement de la population et de l'extension des quartiers habités. Ce qu'on doit chercher à faire aujourd'hui, c'est de les replacer dans la même situation »⁴.

Le premier établissement concerné, l'institution Sainte-Périne à Chaillot, est condamné en 1857 par l'ouverture des avenues de l'Alma et Joséphine (actuelle avenue Marceau) et transféré en juin 1862 à Auteuil. Dès 1857 également, la décision est prise de déplacer à Issy l'hospice des Ménages – le bâtiment est démoli en 1868 pour permettre la recomposition du secteur

1 *Journal des débats*, 11 décembre 1850.

2 Baron Haussmann, *Mémoires*, Paris, Seuil, 2000, t. 2, p. 696.

3 « À la différence des hôpitaux dont le maintien à la portée de la population pauvre de la ville est une nécessité qu'il faut subir, les hospices, les maisons [...] de retraite ne peuvent, au contraire, que gagner à être éloignés du centre et transportés là où l'on est plus assuré de procurer aux vieillards qu'ils renferment un air pur et le calme qui convient à leur âge », Administration générale de l'Assistance publique à Paris, *Compte moral administratif de l'exercice 1857*, Paris, 1858, p. 29.

4 *Ibid.*

autour des rues de Sèvres et de Babylone. Personne ne cherche à dissimuler les vraies raisons de ces transferts : les deux établissements hospitaliers « font obstacle à la circulation, au commerce, à la prospérité des quartiers où ils sont situés »¹. Mais les autorités urbaines soulignent aussi les avantages de leur transfert, qui offre des possibilités nouvelles d'agrandissement. Haussmann se plaît à rappeler que « l'installation rue de la Chaise [de la maison des Ménages] était devenue intolérable » et que son déplacement à Issy permet de créer près de 600 places supplémentaires². L'Assistance publique justifie la vente des terrains parisiens par son souci de répondre aux besoins croissants de la population en matière d'assistance³. Plus de places, donc, pour tous ces vaincus de la vie comme aime à les définir Haussmann⁴. Quant aux conditions d'installation des pensionnaires, elles n'en seront que meilleures « au double point de vue de l'hygiène et de l'agrément »⁵. Le « vaste parc planté de grands arbres »⁶ de Sainte-Périne est une invitation à la promenade et le nouvel hospice des Ménages dispose de deux « services qui n'existaient pas dans la maison de Paris [...], créés à Issy dans l'intérêt du bien-être moral des administrés ; ce sont la salle de réunion et la bibliothèque »⁷. Opération bénéfique aux administrés, donc, mais également très profitable aux finances de l'Administration, qui réalise d'importantes plus-values avec la vente de ses terrains⁸ – la seule aliénation du site de Sainte-Périne à Chaillot rapportant, alors, près de 3,5 millions de francs après réinstallation à Auteuil⁹.

Cette dimension économique est au cœur du programme de regroupement de structures consécutif au déplacement des Incurables-Hommes, situé à l'angle des rues des Récollets et du Faubourg Saint-Martin (touchées par le percement du boulevard de Magenta). L'Administration décide « de

1 *Ibid.*

2 Haussmann, *op. cit.*, t. 2, p. 697.

3 « L'Administration trouvera dans le produit de ces ventes le moyen d'agrandir, en les reconstruisant dans de meilleures conditions sous le rapport de l'hygiène et de la commodité des logements, ces établissements charitables dont l'insuffisance, par rapport aux besoins de la population, est depuis longtemps constatée », Administration générale..., *Compte moral... 1857*, *op. cit.*, p. 30.

4 « L'accroissement de la population de Paris multipliait, suivant une inquiétante progression, le nombre des vaincus de la vie dont il fallait assurer le repos final », Haussmann, *op. cit.*, t. 2, p. 696.

5 Husson Armand, *Étude sur les hôpitaux considérés sous le rapport de leur construction, de la distribution de leurs bâtiments, de l'ameublement, de l'hygiène et du service des salles de malades*, Paris, P. Dupont, 1862, p. 333.

6 Administration générale de l'Assistance publique à Paris, *Compte moral administratif de l'exercice 1862*, Paris, 1863, p. xlvi.

7 Administration générale de l'Assistance publique à Paris, *Compte moral administratif de l'exercice 1863*, Paris, 1864, p. xxxiv.

8 « Fondés originairement dans des quartiers extrêmes, la plupart de nos hospices avaient été rejoints par les maisons de la ville grandissante [...]. Les terrains qu'ils occupaient [...] avaient acquis, en compensation, des plus-values telles que leur prix de vente devait amplement couvrir celui de superficies beaucoup plus vastes achetées hors ville, et même une bonne partie du coût de constructions nouvelles », Haussmann, *op. cit.*, t. 2, p. 696.

9 Bonde, « L'origine de l'hospice Sainte-Périne. Son déplacement en 1862 », *La France médicale*, 1905, p. 359.

transporter à la campagne » cet établissement « si mal installé »¹ et de déplacer sur le même site d'Ivry les Incurables-Femmes de la rue de Sèvres – dès 1853, le rapport de la commission des embellissements de Paris soulignait l'intérêt de ce transfert². L'idée maîtresse de cette opération ? Regrouper tout ce qui est matériellement possible pour que les deux hospices « puissent profiter en commun des services généraux placés au centre »³. Le programme garantit la stricte séparation par sexe de tous les lieux de vie, mais prévoit l'utilisation commune des bureaux, de la cuisine, de la lingerie, etc. Le nouvel hospice des Incurables d'Ivry ouvre en 1869, avec une capacité de 2 000 lits – les deux établissements parisiens totalisaient 1 200 places. La question du transfert des hospices ne semble pas avoir généré de débat véritable. Qu'en est-il pour les hôpitaux ?

« Il serait nécessaire, au triple point de vue de la salubrité, de la circulation et de l'embellissement du quartier Notre-Dame, que l'Hôtel-Dieu fut supprimé et reconstruit »⁴. Cet avis, publié en décembre 1853 dans le rapport de la commission des embellissements de Paris, relance le débat sur la reconstruction du vieil hôpital⁵, jugé « aussi insuffisant que mal situé »⁶. L'Assistance publique partage cet avis⁷, Haussmann évoquant quant à lui un « ensemble de constructions disparates, sombres, tristes, sans aucun style »⁸. Dans le programme de 1853, la destruction de l'hôpital concourt au projet de restauration de Notre-Dame⁹ ; il s'agit, ni plus ni moins, de dégager la vue sur la cathédrale – le prestige du régime impérial est en jeu. Quant à la décision de reconstruire l'hôpital à proximité, elle a également un fondement politique. Conscient de la valeur symbolique du vieil hôpital¹⁰, l'Empereur décide de le conserver au cœur de la Cité sur un emplacement¹¹ qui ne doit rien au

1 Husson, *op. cit.*, p. 304.

2 « On rencontre dans les arrondissements de la rive gauche des établissements inertes qui y occupent une grande place et qui amoindrissent la valeur immobilière des propriétés qui les entourent. Transporter ces établissements hors de Paris, ce serait rendre service à ces établissements eux-mêmes qui trouveraient dans les environs de Paris des emplacements moins dispendieux et plus commodes. L'hospice des Incurables (femmes) est un de ceux qu'il faut citer en première ligne, comme pouvant être utilement déplacé », commission des embellissements de Paris, *Rapport à l'empereur Napoléon III, rédigé par le comte Henri Siméon* (décembre 1853), Paris, 2000, Cahiers de la Rotonde, 23, p. 107.

3 Husson, *op. cit.*, p. 304.

4 Commission des embellissements de Paris, *op. cit.*, p. 105.

5 L'Hôtel-Dieu était situé sur les deux rives du petit bras de la Seine, entre le Petit Pont et le pont au Double.

6 Commission des embellissements de Paris, *op. cit.*, p. 105.

7 « L'état de vétusté et de ruine immédiate des bâtiments de l'Hôtel-Dieu, le plus ancien des hôpitaux de Paris, en rend la reconstruction extrêmement urgente », Administration générale, *Compte moral 1857, op. cit.*, p. 28.

8 Haussmann, *op. cit.*, t. 3, p. 1095.

9 « La destruction de l'Hôtel-Dieu, en dégageant le point d'où il serait possible d'admirer les majestueuses proportions de la cathédrale, serait le véritable complément de la restauration entreprise », commission des embellissements de Paris, *op. cit.*, p. 105.

10 « Il est pour le peuple de Paris le symbole de la bienfaisance au seuil de l'antique cathédrale », Conseil municipal de Paris, 24 mars 1865.

11 L'emplacement du nouvel Hôtel-Dieu est décidé au Conseil municipal le 30 septembre 1864 : il est édifié à quelques centaines de mètres seulement de l'ancien bâtiment, sur le côté nord du parvis Notre-Dame.

hasard, « l'immonde quartier des Ursins [...] obstrué par une foule de masures mal habitées, mal hantées »¹ constituant un danger potentiel pour le pouvoir.

Le débat sanitaire aurait-il donc été totalement évacué ? Nullement. Des critiques s'élèvent sur le caractère politique de la décision². Dans un contexte médical dominé par l'hygiénisme, beaucoup prônent, pour des raisons de santé publique³, le transfert des hôpitaux en dehors des villes : « Les notions les plus élémentaires de l'hygiène générale doivent engager à placer vers la circonférence, ou mieux encore en dehors des villes, les établissements hospitaliers »⁴. La Société de chirurgie de Paris propose ainsi de ne garder dans les quartiers que des hôpitaux de secours (de 100 lits au maximum). Cette idée d'hôpital de proximité n'est pas nouvelle – elle figurait, dès 1853, dans le rapport de la commission des embellissements de Paris, qui proposait de conserver « sur la place du Parvis un office de consultation, d'où les malades seraient dirigés vers les différents hôpitaux à l'aide de moyens de transport faciles à établir »⁵. Pourtant, malgré ce courant favorable au transfert de l'Hôtel-Dieu, les opposants au projet obtiennent gain de cause. L'idée-force, c'est que pour lutter contre l'insalubrité d'un hôpital, l'emplacement compte moins que la qualité de l'aménagement intérieur. Un autre bras de fer s'engage alors, entre le corps médical et les autorités politiques, Haussmann considérant l'isolement des malades comme une « thèse excellente, à coup sûr, mais peu pratique dans les hôpitaux »⁶. Après la révocation du préfet de la Seine et la chute du Second Empire, les hygiénistes parviennent, en cours de chantier, à obtenir une réduction de lits dans le nouvel Hôtel-Dieu⁷, décision qui détermine la création d'un autre hôpital – Tenon, ouvert en 1878 dans le quartier de Ménilmontant.

Le projet de répartir les lits de l'Hôtel-Dieu en plusieurs unités se trouve ainsi, au final, partiellement réalisé. L'évolution du programme initial reflète bien le caractère empirique des transferts hospitaliers du Second

¹ Haussmann, *op. cit.*, t. 3, p. 1095.

² « Cette question d'hôpital, qui devait être résolue par la science, l'hygiène, la philanthropie, était tranchée d'autorité [...]. L'Hôtel-Dieu était commode pour boucher un des carrés du damier tracé sur la Cité, rasée de ses maisons et veuve de ses habitants. », Trélat Ulysse, *L'Hôtel-Dieu devant le Conseil municipal*, Paris, Serrière, 1872, p. 5.

³ « La construction d'un grand hôpital dans la Cité serait une véritable faute, capable de porter préjudice à la santé publique », Liouville Henry, *Note pour l'enquête ouverte sur le projet d'emplacement du nouvel Hôtel-Dieu de Paris*, Paris, Renou et Maulde, 1864, p. 15.

⁴ « Avec l'argent que coûterait un Hôtel-Dieu malsain et meurtrier, il est facile de créer au dehors de Paris quatre hôpitaux de quatre cents lits chacun », Léon Le Fort, *Société de chirurgie de Paris*, 19 octobre 1865.

⁵ Commission des embellissements de Paris, *op. cit.*, p. 105.

⁶ Haussmann, *op. cit.*, t. 3, p. 1097.

⁷ « On avait réussi à soulever une telle agitation autour de la question de l'Hôtel-Dieu que l'Empereur fut amené à prescrire le retranchement général du quatrième étage des bâtiments projetés. Il en résulta la perte d'environ 200 lits sur 800. [...] Après la chute de l'Empereur, les médecins progressistes entrés dans le Conseil municipal républicain [...] obtinrent qu'on dérasât d'un autre étage [...] l'Hôtel-Dieu achevé ! L'accomplissement de cette revanche barbare coûta [...] plus de 200 lits à l'Assistance publique », Haussmann, *op. cit.*, t. 3, p. 1099.

Empire. Conséquences d'une vaste opération d'urbanisme, ces translations ne s'inscrivent dans aucune stratégie hospitalière globale et il est parfois difficile de repérer une ligne directrice dans ces différents projets. Certes, tous les hôpitaux touchés par des expropriations sont reconstruits en ville ¹. Mais la règle qui préside au transfert des hospices en banlieue ne vaut que pour les bâtiments qui gênent les projets d'urbanisme. Effectivement, « aucune raison n'existait de changer [l'] installation » ² des autres hospices parisiens. Que penser alors du discours fabriqué autour de ces délocalisations ? N'a-t-il d'autre objet que de servir la politique en œuvre ou reflète-t-il aussi les idées des contemporains sur l'emplacement idéal d'un hôpital ou d'un établissement de vieillards et d'invalides ?

■ Fin XIX^e siècle : la réforme de l'hospitalisation pédiatrique

Au printemps 1901, trois nouveaux hôpitaux d'enfants ouvrent à Paris. Cet événement, unique dans l'histoire hospitalière parisienne, procède de la désaffectation de l'hôpital Trousseau, vieil établissement du XVII^e siècle dédié à l'enfance malade depuis 1854. L'ouverture, à quinze jours d'intervalle, de ces trois hôpitaux pédiatriques ³ ne doit rien du hasard. Elle offre l'occasion pour l'Assistance publique de souligner le caractère exceptionnel de l'opération et sa dimension de programme global. Cette réforme est l'aboutissement d'un vaste débat engagé depuis plusieurs années dans la capitale sur les questions de prévention du risque contagieux, de répartition des secours pour l'enfance malade et de définition d'un nouveau modèle d'hôpital pédiatrique.

En 1864, la Société médicale des hôpitaux de Paris, mettant à l'étude l'isolement des malades contagieux, décide de « laisser de côté les hôpitaux d'enfants, pour lesquels une réforme radicale pourrait seule mettre empêchement à la transmission meurtrière des maladies les plus graves » ⁴ et appelle à « une organisation nouvelle » de l'hospitalisation infantile. Dans l'attente d'une réforme générale, les hôpitaux mettent en place des mesures empiriques : création de pavillons d'isolement, séparation des cas douteux,

1 La Maison municipale de Santé, rue du Faubourg Saint-Denis, est touchée deux fois par l'expropriation : en 1853 (ouverture du boulevard de Strasbourg) et en 1858 (perçement du boulevard du Nord) ; elle est reconstruite à quelques centaines de mètres du site initial. L'hôpital de la Charité est partiellement reconstruit sur place pour permettre les travaux d'élargissement de la rue des Saints-Pères.

2 Haussmann, *op. cit.*, t. 2, p. 698.

3 Le 1^{er} mars 1901, l'hôpital Bretonneau ouvre dans le 18^e arrondissement, rue Carpeaux ; le 15 mars, le nouveau Trousseau entre en service, rue Michel-Bizot, dans le 12^e arrondissement ; le 30 mars, c'est au tour de l'hôpital Herold, place du Danube dans le 20^e arrondissement.

4 D^r Vidal, « Rapport sur les questions relatives à l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses ou infectieuses... », *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1864, t. 1, 24 août 1864, p. 174.

etc. En 1884, la question du transfert en banlieue des enfants contagieux est évoquée pour la première fois au Conseil municipal de Paris. La proposition élaborée, largement inspirée du modèle anglais des *Infectious Hospitals*, prévoit de créer hors de Paris plusieurs hôpitaux d'isolement pour les maladies contagieuses¹. Mais ce programme n'est jamais réalisé. L'Assistance publique se heurte à l'hostilité des communes suburbaines et peine à trouver des terrains. Surtout, les médecins et biologistes ne cessent d'affiner la connaissance des causes et des modalités de la contagion. Au début des années 1890, l'option d'installer les hôpitaux de contagieux en banlieue ne fait plus l'unanimité : le Conseil municipal reste favorable au projet mais le corps médical affirme qu'il est possible de réaliser un isolement satisfaisant dans les hôpitaux parisiens, en aménageant des pavillons spéciaux et en imposant des mesures d'antisepsie rigoureuses. Le pasteurien Joseph Grancher, questionné par le ministre de l'Intérieur sur l'opportunité de créer un hôpital suburbain pour la diphtérie, se prononce contre, ayant acquis la conviction que cette maladie se propage par les personnes et les objets et non par l'atmosphère².

Ce débat sur la contagion dans les services d'enfants a ouvert une réflexion plus vaste sur l'équipement sanitaire offert à la population enfantine de la capitale. Le constat est sévère : les hôpitaux Enfants-Malades et Trousseau « ne répondent plus aux besoins de la population parisienne comme situation topographique, comme nombre de lits et comme organisation du service de leurs consultations »³. Dès 1875, la Société de chirurgie de Paris demande que soient créés « deux autres hôpitaux d'enfants dans des quartiers entièrement dépourvus de tout secours »⁴, les structures en place ne permettant pas de couvrir les besoins de l'ensemble des Parisiens : « les habitants de Belleville, de la Villette, de Montmartre, du 10^e arrondissement sont obligés de transporter leurs enfants à l'hôpital Trousseau, un trajet si long est préjudiciable à ces enfants et la distance rend difficiles les visites de leurs parents »⁵. Si chacun est d'accord pour dénoncer la situation, les solutions proposées divergent. Certains, convaincus que l'hôpital « est un lieu dangereux qu'il ne faut employer que pour les cas d'absolue nécessité »⁶, ne sont pas favorables à la multiplication des établissements

1 Le projet élaboré en 1886 prévoit deux hôpitaux pour chaque maladie (variole, diphtérie, rougeole, coqueluche et scarlatine) soit dix établissements au total. Il est revu à la baisse en 1887, avec quatre hôpitaux suburbains (variole (deux), rougeole, diphtérie) et des pavillons d'isolement (scarlatine, coqueluche) dans les hôpitaux d'enfants.

2 « Le rayonnement et la propagation du mal se font par des modes et des voies que l'antisepsie méthodique combattra plus efficacement [...] que le transport hors Paris de nos hôpitaux de diphtérie », Grancher Joseph, *Rapport sur la prophylaxie de la diphtérie, transport et isolement des diphtériques dans les hôpitaux*, ministère de l'Intérieur, Comité consultatif d'hygiène publique de France, 1890, p. 9.

3 Conseil de surveillance, 24 janvier 1895, p. 292.

4 Marjolin René, *Rapport sur l'insuffisance des ressources de thérapeutique dans les affections chirurgicales des enfants pauvres de Paris*, lu à la Société de chirurgie de Paris, 10 et 17 novembre 1875, Paris, 1876, p. 26.

5 Conseil municipal de Paris 1894, rapport n° 119.

6 Marjolin, *op. cit.*, p. 71.

et prônent des solutions alternatives. Parmi les idées proposées, le modèle du dispensaire pour enfants est alors à l'honneur. Le 25 janvier 1881, le ministre Constans engage les préfets à développer ce mode d'assistance qui réunit le double avantage de maintenir « l'enfant au foyer domestique » et de le soustraire « aux chances de contagion qu'entraîne le séjour à l'hôpital ». « Il s'agit de réduire le traitement à l'hôpital, de le réserver uniquement pour les affections tout à fait graves, ou pour les malades absolument privés de ressources, de famille et de soins ». Pour les villes, comme Paris, déjà dotées d'hôpitaux, la circulaire recommande de ne pas créer de nouvelles structures mais de « profiter des éléments qui existent déjà »¹. La réflexion s'oriente alors sur la façon de développer et d'améliorer les consultations externes des hôpitaux d'enfants. Or, leur mauvaise répartition dans la capitale apparaît d'autant plus criante que cette offre de soins implique des visites régulières : « des deux hôpitaux d'enfants qui existent à Paris, l'un est situé rue de Sèvres, l'autre rue de Charenton. Toute cette vaste région, qui s'étend depuis le faubourg Saint-Antoine jusqu'aux Batignolles, en est donc absolument dépourvue [...]. Comment veut-on que de Montmartre, ou de la Villette, une mère conduise chaque jour son enfant rue de Charenton ou rue de Sèvres ? »².

La réflexion sur les hôpitaux de contagieux et les théories nouvelles en matière de dispensaires pour enfants se rejoignent à la fin des années 1880, grâce notamment aux travaux de Gaston Variot. S'inspirant de l'organisation des hôpitaux pour enfants à Londres, il définit pour Paris un nouveau modèle, celui de l'hôpital-dispensaire. Pour pallier l'insuffisance des consultations externes de Trousseau et des Enfants-Malades, il propose de disséminer des hôpitaux-dispensaires « dans les quartiers peuplés de la capitale »³. Deux *Infectious Hospitals* complètent ce dispositif : il prévoit de les créer à l'emplacement des établissements actuels qu'il recommande de désaffecter. « Il y a lieu de décentraliser l'hôpital Trousseau et l'hôpital des Enfants-Malades où sont accumulés pêle-mêle les enfants contagieux et non contagieux »⁴. Selon lui, cette solution est « préférable à la création de petits hôpitaux suburbains spéciaux pour chaque maladie »⁵. Son programme est communiqué au Conseil municipal de Paris par l'intermédiaire de Paul Strauss, qui réclame une « réforme intégrale » pour l'hospitalisation des enfants⁶. Le conseiller municipal demande que les deux établissements

1 Ministère de l'Intérieur et des cultes, circulaire du ministre Constans du 25 janvier 1881 adressée aux préfets concernant l'Assistance des enfants malades et la création de dispensaires.

2 « Rapport relatif à la création d'un dispensaire pour enfants », *Société philanthropique*, 14 février 1882, Annuaire de 1882-1883, Rapports et comptes rendus pour l'exercice 1881-1882, p. 90-91.

3 Variot Gaston, *Les Hôpitaux d'enfants en Italie*, rapport adressé à M. le ministre de l'Intérieur, Paris, A. Davy, 1891, p. 5.

4 *Ibid.*, p. 4.

5 Variot Gaston, « L'hospitalisation des enfants à Londres et les hôpitaux dispensaires », rapport présenté à M. le ministre de l'Intérieur, *La Gazette médicale de Paris*, 1890, n° 19, p. 220.

6 Conseil municipal de Paris 1890, rapport n° 76.

pédiatriques soient transformés en hôpitaux de contagieux et que soient construits, dans les quartiers populaires de Paris, trois hôpitaux-dispensaires avec un « service de la consultation externe [...] prédominant et [des] services d'hospitalisation très réduits »¹.

Au printemps 1894, les projets élaborés depuis plusieurs années trouvent un second souffle quand l'Assistance publique met à l'étude la désaffectation de Trousseau et son remplacement par « un ou plusieurs hôpitaux d'enfants, qui seraient installés dans de meilleures conditions que celles de l'hôpital actuel »². Une opération de voirie engagée par la Ville entre la gare de Lyon et le faubourg Saint-Antoine offre l'occasion de vendre les terrains de l'ancien hôpital Trousseau et de créer « des services d'enfants plus nombreux, mieux aménagés »³. Le programme des trois hôpitaux défini en janvier 1895 admet le principe que « le système des grands hôpitaux d'enfants semble, aujourd'hui, condamné »⁴. L'Assistance publique se donne pour objectif d'augmenter le nombre total des lits d'enfants, et de les répartir le plus justement possible entre plusieurs hôpitaux disséminés dans Paris. Il s'agit d'installer de petites structures qui puissent être « des organes hospitaliers complets, répondant à toutes les exigences de la science moderne, constituant tout à la fois de véritables hôpitaux et de véritables dispensaires »⁵. La réforme hospitalière s'oriente ainsi vers une solution mixte, avec des hôpitaux d'enfants d'environ 200 lits qui disposent de services traditionnels de chirurgie et de médecine et de pavillons de contagieux, tout en offrant des prestations de proximité dans le cadre des consultations externes.

Au final, l'ensemble des réalisations se situe sans doute largement en deçà du programme ambitieux que suggère le nombre de projets envisagés. Le dédoublement de l'hôpital des Enfants-Malades en deux hôpitaux de 250 lits, évoqué en 1897⁶, est finalement abandonné au profit d'une reconstruction partielle de l'établissement⁷. Les dispensaires pour enfants prévus dans les hôpitaux Saint-Antoine et Lariboisière⁸ ne voient jamais le jour. Les limites de ce programme sont de toute évidence essentiellement financières. Comme le reconnaît le directeur de l'assistance publique en 1896, « le nombre des lits à créer est limité aux ressources de l'opération de la vente des terrains de Trousseau, et il est malheureusement insuffisant »⁹. L'un des paradoxes de cette opération réside sans doute dans le fait que son

1 *Ibid.*

2 Conseil municipal de Paris 1894, rapport n° 119.

3 Conseil de surveillance, 16 avril 1896, p. 502.

4 Conseil de surveillance, 24 janvier 1895, p. 292.

5 Conseil de surveillance, 16 avril 1896, p. 502.

6 Rapport communiqué au Conseil de surveillance le 18 mars 1897, cité dans Conseil de surveillance, 27 avril 1899, p. 607.

7 Conseil de surveillance, 27 avril 1899, p. 607.

8 Conseil de surveillance, 16 avril 1896, p. 502.

9 Conseil de surveillance, 4 juin 1896, p. 628.

postulat médical (hospitalisation en petites structures) et son principe social (offre de soins de proximité) vont à l'encontre des intérêts économiques. Le coût de fonctionnement des trois structures éclatées est bien supérieur à celui de l'ancien établissement : « trois hôpitaux au lieu d'un triplent presque pour un même nombre de lits, les services généraux [...], ce qui jette un jour bien saisissant sur le morcellement des hôpitaux et montre quel énorme sacrifice l'Assistance publique s'est imposée [...] en prenant le pari de supprimer Trousseau pour le remplacer par trois hôpitaux »¹.

Au-delà de la question financière, d'autres facteurs permettent d'expliquer la complexité de cette réforme, élaborée à une époque où la recherche bactériologique bouleverse les croyances en matière de prophylaxie hospitalière – Joseph Grancher parle d'une « étude qui se perfectionne sous nos yeux »². Difficile, dans ce contexte, d'élaborer un programme consensuel et définitif ! Surtout, l'hôpital lui-même est remis en cause dans le débat qui s'engage sur la façon idéale de distribuer les secours aux enfants malades. Un médecin va jusqu'à proposer de créer des asiles, sortes d'hôpitaux pour bien portants où les familles placeraient les frères et sœurs d'un enfant contagieux traité... à domicile³. Pourtant, alors que l'Assistance publique peine à trouver des terrains disponibles, un conseiller municipal dépose une pétition des habitants du quartier des Grandes-Carrières réclamant un hôpital-dispensaire d'enfants⁴. Au-delà du fait que cette demande résout le problème de « l'hôpital du nord-ouest [...] vainement recherché par l'Administration »⁵, elle suggère la place que l'hôpital acquiert progressivement au sein de la société. L'hôpital-dispensaire, tel qu'il est défini à la fin du XIX^e siècle, se révèle un outil favorable à la mise en œuvre de l'Assistance médicale gratuite, instituée par la loi du 15 juillet 1893 : c'est le « nouveau mode d'assistance médicale gratuite à établir au sein des foyers de population indigente des grandes cités »⁶. Véritable enjeu de santé publique, l'hôpital-dispensaire est compris comme un vecteur d'éducation sanitaire des classes indigentes parisiennes⁷. Or, la question de la protection de l'enfance a acquis une dimension nouvelle sur fond de propagande nataliste. La solution mixte

1 Conseil de surveillance, 23 novembre 1899, p. 139.

2 « Nous traversons une phase importante de l'histoire des maladies contagieuses. Chaque jour nous apprend à mieux connaître les germes microscopiques de ces maladies, leur résistance ou leur destruction par les agents physiques ou chimiques et leur mode de transmission du malade à l'individu sain. De cette étude qui se perfectionne sous nos yeux, il résulte que chaque maladie contagieuse a sa prophylaxie particulière », Grancher Joseph, *Rapport sur la prophylaxie des affections contagieuses*, ministère de l'Intérieur, 1891, p. 2.

3 Ollivier Auguste, « De la diffusion continue de la rougeole à Paris et des moyens d'y remédier », *Union médicale*, t. 43, n° 11, 22 janvier 1887, p. 125.

4 « Cet établissement rendrait de très grands services à la population ouvrière du quartier », Conseil municipal de Paris 1895, procès-verbaux, 2 décembre 1895, 26.

5 Conseil municipal de Paris 1895, procès-verbaux, 16 décembre 1895, 44.

6 Glover Jules, *L'hospitalisation dans les dispensaires de l'Assistance publique : petit hôpital-dispensaire pour enfants malades à créer à Paris*, Paris, Bureaux des « Annales de médecine et chirurgie infantiles », 1899.

7 « Les conseils hygiéniques et médicaux seraient distribués plus libéralement par les hôpitaux-dispensaires disséminés dans les quartiers populeux de la capitale », Variot Gaston, *Les Hôpitaux d'enfants...*, op. cit., p. 5.

retenue, au début du XX^e siècle, comme modèle de l'hôpital d'enfants – où le dispensaire côtoie les pavillons de contagieux – témoigne d'un moment clé de l'histoire hospitalière, celui où le système sanitaire français s'oriente, délibérément, vers le tout hôpital.

■ Conclusion

Trois exemples, fussent-ils représentatifs d'époques et de questions différentes, ne peuvent à eux seuls rendre compte de la complexité et de la richesse de l'histoire des restructurations hospitalières. Tout au plus aident-ils à dégager certaines tendances et à nourrir les débats actuels sur la recomposition du système hospitalier.

La réforme parisienne de 1801 appelle plusieurs remarques. La première porte sur la nature même de cette (ré) organisation administrative, dominée par un souci d'efficacité – de rentabilité. L'approche globale de la question et les décisions fonctionnelles adoptées renvoient à une vision très moderne du réseau. Pourtant, à y regarder de plus près, la situation du début du XIX^e siècle s'apparente surtout à un système de centralisation totale dans un contexte de monopole d'activité – à l'opposé même de la notion de réseau ! Car l'administration hospitalière parisienne, en charge de la totalité des établissements de la ville ¹, est bien le seul recours possible pour les populations pauvres de la capitale, exclues, de fait, de la médecine de ville. Autre observation sur cette réforme : en 1801, le Conseil des hospices est confronté au problème, contemporain s'il en est, de l'équilibre entre prestations de proximité et soins spécifiques, – même si, là aussi, il faut préciser que la spécialisation, telle qu'elle est comprise au début du XIX^e siècle, consiste à traiter séparément certaines populations hospitalières (enfants, chroniques, contagieux). Le fait que le concept d'hôpital de quartier n'ait pu être mis en application suggère la difficulté de mettre en adéquation les besoins – inégaux – de la population parisienne et l'offre de lits disponibles. Enfin, la politique centralisatrice qui se forge en réaction à la désorganisation de l'extrême fin du XVIII^e siècle a donné naissance à une culture qui pèse encore de tout son poids sur la vie de l'Assistance publique. En effet, le système administratif bâti en 1801, loin d'être assoupli une fois les règles de fonctionnement posées, se centralise et se complexifie toujours plus au point d'être fortement critiqué à la fin du XIX^e siècle ².

Les transferts d'hôpitaux et hospices sous le Second Empire ne résultent pas d'un programme planifié par l'administration hospitalière mais d'une

¹ Seuls l'hospice des Quinze-vingts, la maison de Charenton et l'établissement des Sourds-Muets ont un statut spécifique.

² « La décentralisation est nécessaire à l'Assistance publique. [...] le moment est venu de rendre à ses organes nombreux et divers l'élasticité que la réglementation uniforme leur a fait perdre. C'est là le salut de l'administration », Conseil municipal de Paris, 1901, rapport n° 139.

succession d'opérations guidées par la politique de la ville. Cette opération soulève la question de la capacité des structures hospitalières à accompagner les mutations urbaines, et notamment le développement des banlieues¹. Les opérations hospitalières menées dans les années 1860 soulignent par ailleurs la faculté de l'institution à tirer avantage d'une situation imposée. Les transferts, opérés par nécessité, offrent l'opportunité de moderniser les structures mais aussi de regrouper, au plan fonctionnel, plusieurs établissements. Cette mutualisation des services logistiques et des outils de gestion administrative préfigure une tendance qui se confirme au siècle suivant, avec la fusion d'hôpitaux voisins (Necker et Enfants-malades en 1927, la Pitié et la Salpêtrière en 1964, etc.).

Dans ce contexte de rationalisation des coûts de fonctionnement, l'option retenue au moment de la réforme de l'hospitalisation pédiatrique du début du XX^e siècle paraît bien singulière. Éclater en trois petites structures l'ancien hôpital Trousseau, c'est choisir délibérément d'aller à l'encontre de l'intérêt économique. Deux facteurs paraissent ici déterminants : d'une part, la caution scientifique acquise par les théories hygiénistes depuis les travaux de Pasteur permet de créer un consensus sur la façon de concevoir un hôpital d'enfants ; par ailleurs, le thème de la protection de l'enfance ne cesse de s'affirmer comme un enjeu politique majeur. Plus globalement, la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite marque le point de départ d'une législation d'assistance complète. La prise en charge des besoins sanitaires était jusqu'alors laissée à l'appréciation de l'administration hospitalière, seule juge des secours à mettre en œuvre pour les populations indigentes. Désormais, l'assistance médicale, érigée en droit pour toute une partie de la société, devient un devoir pour les institutions sanitaires. L'hôpital est au cœur de cette réforme, il en est même l'outil principal. Pour les hôpitaux parisiens, la mutation est perceptible. À partir du début du XX^e siècle, les restructurations hospitalières font l'objet de véritable planification : le premier programme de réaménagement du parc hospitalier parisien est ainsi voté au Conseil municipal en 1903.

1 « Paris se transforme chaque jour. Aujourd'hui, c'est sa quatrième enceinte qui éclate sous sa formidable poussée ! Et, par-dessus la muraille écroulée, Paris rejoint le Paris de demain [...]. Comment, dès lors, séparer les intérêts hospitaliers d'avec ceux de la banlieue. C'est le problème d'assistance qui continue à déborder, comme les problèmes d'urbanisme général ont débordé [...] vers les agglomérations périphériques de la capitale », Conseil municipal de Paris, 1928, rapport n° 142.