

Université de Neuchâtel
Faculté des lettres et sciences humaines

Institut d'histoire

Pierre-Yves Donzé

L'ombre de César

**Les chirurgiens et
la construction du système hospitalier vaudois (1840-1960)**

Thèse présentée à la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de
Neuchâtel pour obtenir le grade de docteur en sciences humaines

Directeurs de thèse : Professeur Laurent Tissot (Université de Neuchâtel) et
Professeur Vincent Barras (Université de Lausanne)

2005

La Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Neuchâtel, sur les rapports de M. Laurent Tissot, professeur associé à l'Université de Neuchâtel, directeur de thèse, M. Vincent Barras, professeur à l'Université de Lausanne, co-directeur de thèse, M. Philippe Marguerat, professeur à l'Université de Neuchâtel, M. Jakob Tanner, professeur à l'Université de Zurich, et M. Thomas Schlich, professeur à l'Université de McGill, Montréal, autorise l'impression de la thèse présentée par M. Pierre-Yves Donzé, en laissant à l'auteur la responsabilité des opinions énoncées.

Remerciements

Parvenu au terme de mon travail, j'aimerais adresser mes remerciements aux nombreuses personnes et institutions qui ont contribué à sa réalisation. J'adresse tout d'abord ma profonde gratitude aux professeurs Laurent Tissot et Vincent Barras, qui ont accepté la direction de ce travail, et m'ont apporté un soutien constant, avec disponibilité et amitié.

Je tiens aussi à remercier vivement l'Association des directeurs d'établissements hospitaliers romands (ADEHR) qui, par le mandat confié en 2000-2001, m'a permis de jeter les bases de cette recherche. En particulier, j'adresse un grand merci à Pierre Loison, responsable du Groupe Histoire de l'ADEHR et directeur de l'Hôpital du Chablais, ainsi qu'à André Golaz (†), ancien directeur de l'Hôpital de Morges. De même, je remercie les directeurs et les secrétaires des divers établissements hospitaliers vaudois, qui m'ont ouvert les portes de leurs archives et m'ont permis d'y travailler dans des conditions idéales. Je pense particulièrement à André Allmendinger, Pierre-André Berthod, Robert Bertschy, Jean-François Brunet, François Chapuisat, Philippe Collet, Pierre-Frédéric Guex, Roger Pauli, Pascal Rubin et Daniel Walch. De même, j'aimerais adresser mes vifs remerciements à Robert Meier, secrétaire général de la Fédération des hôpitaux vaudois, pour m'avoir accueilli dans ses locaux de Prilly.

Mes remerciements vont aussi au personnel des diverses archives et bibliothèques visitées, pour leur compétence et leur disponibilité, en particulier à Olivier Conne et à Christian Gilliéron, des Archives cantonales vaudoises, à Denise Francillon, des archives de l'Ecole de La Source, ainsi qu'à Jean-Pierre Zeller, archiviste aux Hôpitaux universitaires de Genève, et à Pierre Flückiger, des Archives de l'Etat de Genève. Enfin, je ne saurais oublier le personnel de l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé, à l'Université de Lausanne, en particulier Danièle Calinon, Patrice Ciana et Suzanne Ostini, pour l'aide précieuse apportée durant ce travail.

Ma gratitude va aussi aux nombreuses personnes ayant mis à ma disposition des documents d'archives, des manuscrits inédits ou d'autres informations, et qui ont ainsi grandement contribué à l'avancée de cette recherche. Un grand merci en particulier à mes collègues historiens de la médecine, Alain Bosson, Joëlle Droux, Catherine Füssinger, Geneviève Heller, Georges Terrier et Marie-France Vouilloz Burnier.

Enfin, je remercie mes proches, famille et amis, qui m'ont accompagné durant toutes ces années et apporté le soutien sans lequel ce travail n'aurait abouti, avec une pensée particulière pour mon épouse Reiko.

Que toutes et tous trouvent ici l'expression de ma vive gratitude.

Neuchâtel, février 2005

Introduction

L'hôpital s'est imposé au cours du 20^e siècle comme l'une des institutions majeures et incontournables de nos sociétés occidentales. A un niveau économique tout d'abord, les établissements hospitaliers occupent une place centrale au cœur de la santé publique, un secteur qui représente en Suisse aujourd'hui plus de 10% du PIB¹. De plus, les hôpitaux apparaissent souvent comme les principaux employeurs des localités où ils se trouvent² et fonctionnent avec des budgets annuels qui peuvent atteindre plusieurs centaines de millions de francs³. L'importance de l'hôpital contemporain revêt aussi une dimension sociale, dans le sens qu'il est devenu un lieu de passage obligé pour l'écrasante majorité de la population. Les étapes importantes de la vie, telles que la naissance et la mort, se déroulent désormais en milieu hospitalier. Enfin, au niveau scientifique, l'hôpital apparaît comme le lieu principal de la constitution et de la transmission des connaissances médicales.

En regard de l'institution très largement marginale qu'il était au 19^e siècle, destiné en priorité à une population indigente, l'hôpital a subi un bouleversement fondamental, qui n'est pas seulement un changement d'échelle, au cours de la première partie du 20^e siècle. Cette croissance phénoménale laisse songeur. Qu'est-ce qui peut en effet expliquer un tel redéploiement ? L'interprétation classique et largement répandue du développement des connaissances médicales, de la complexification des techniques mises en œuvre, des

¹ Ludwig Gärtner, « La loi sur l'assurance-maladie et l'évolution des coûts de la santé », in *La Vie économique*, n°9, 2001, pp. 19-23 et Georges Piotet, « Vers une redéfinition de l'interventionnisme étatique en Suisse ? », in Bernard Voutat (dir.), *Penser le politique. Regards sur la Suisse*, Lausanne, ISP, 1993, pp. 111-155.

² En 2000, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) de Lausanne employait plus de 3'900 personnes et les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) comptaient plus de 7'800 postes de travail. Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*, Genève, Georg, 2003, p. 294.

³ La subvention de l'Etat de Genève aux HUG se montait en 2000 à 621 millions de francs. Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., p. 299.

nouvelles découvertes scientifiques, bref de la marche vers une médecine triomphante débouchant sur des hôpitaux plus grands et mieux équipés, s'avère insuffisante⁴. La médecine ne s'est pas constituée et ne se développe pas de manière linéaire et constante. Elle n'entretient pas non plus de liens de cause à effet avec les établissements hospitaliers dans lesquels elle se déploie. Depuis les années 1970, les historiens se sont attachés à faire intervenir le jeu des acteurs et montrer que la construction de la médecine hospitalière ne répond pas uniquement à des impératifs scientifiques, intrinsèques au savoir médical, mais aussi à des questions d'ordre politique, social et économique. Les fonctions de l'hôpital dans la cité sont en effet multiples et dépassent le seul cadre des découvertes médicales. Pour l'essentiel, cette nouvelle histoire de la médecine s'est structurée autour de la "médicalisation", un concept fondé par Michel Foucault, lorsqu'il aborde la question de la réorganisation des hôpitaux à la fin du 18^e siècle. Pensée comme le recentrage de ces établissements sur la prise en charge de malades et l'intervention croissante de médecins, la médicalisation est alors considérée comme une conséquence de « l'introduction de mécanismes disciplinaires dans l'espace désordonné de l'hôpital. »⁵ Cette perspective a très largement inspiré les historiens, notamment anglo-saxons⁶, qui à leur tour ont marqué les recherches en histoire sociale de la médecine, à l'image de celles menées par Othmar Keel dans ses travaux sur la transformations des hôpitaux en des centres de pratique médicale et d'enseignement clinique. Ce dernier fait de la médicalisation hospitalière une étape déterminante de l'affirmation du paradigme anatomo-clinique⁷ et la définit dans ce contexte comme « la transformation [...] qui se produit au 18^e siècle dans différents pays d'Europe, de certaines institutions d'assistance ou de régulation sociale en institutions thérapeutiques et médico-scientifiques. »⁸ En Allemagne, l'influence de Foucault est aussi patente et les historiens font de la médicalisation une base essentielle de la disciplinarisation sociale (*Soziale Disziplinierung*) au cours du 19^e siècle. Le renforcement de la police sanitaire, l'essor des assurances-maladie et

⁴ L'explication du développement hospitalier comme conséquence directe, quasi mécanique, et inéluctable de celui de la médecine est notamment évoquée dans les plaquettes commémoratives et discours de circonstance émanant d'institutions hospitalières. La même approche est très présente dans l'historiographie hospitalière classique, construite autour de monographies d'établissements et diffusée par les diverses sociétés nationales d'histoire des hôpitaux. L'exemple français est fort représentatif de cette école, avec notamment l'ouvrage synthétique de Jean Imbert (dir.), *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat, 1982, 559 p.

⁵ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », in *Dits et écrits*, 1998, vol. 3, p. 517. Pour une vision plus large de l'apport de Foucault à l'histoire des hôpitaux, voir *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963, 214 p.

⁶ A propos de l'influence de Foucault sur les historiens anglo-saxons, voir Colin Jones et Roy Porter (éd.), *Reassessing Foucault: power, medicine and the body*, Londres/New York, Routledge, 1994, 225 p.

⁷ Othmar Keel, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815*, Genève, Georg, 2001, 542 p.

⁸ Ibidem, pp. 29-30.

le développement des hôpitaux sont généralement interprétés comme autant d'éléments destinés à assurer un contrôle sur des classes populaires en voie de prolétarianisation⁹.

La notion de médicalisation s'est toutefois passablement diversifiée au cours des années 1980 et 1990, à l'exemple des travaux réalisés par les historiens français Jacques Léonard, Jean-Pierre Goubert et Olivier Faure¹⁰, pour lesquels la médicalisation n'est pas uniquement un processus imposé par les classes dirigeantes sur le peuple mais résulte d'une véritable révolution culturelle, dans le sens qu'elle repose en grande partie sur l'intériorisation par la population de nouvelles pratiques de soins. La médicalisation apparaît aujourd'hui comme un concept polysémique dont l'utilisation pose un certain nombre de problèmes. Elle n'est en effet que très rarement définie de manière explicite dans les divers travaux et le terme est utilisé pour définir des réalités fort diverses, sur une échelle chronologique très variable. De manière générale, on peut dire que la médicalisation exprime une idée de processus, qui fait passer d'un état *avant* à un état *après*, ce dernier se distinguant par une situation nouvelle dans laquelle la médecine occupe une position renforcée. Plusieurs types de processus ont été qualifiés de médicalisation par les historiens. Il peut s'agir par exemple d'innovations techniques (anesthésie, antisepsie, bactériologie, génétique, etc.), de la professionnalisation de certaines fonctions soignantes (médecins, personnel infirmier, sages-femmes, etc.), de réorganisations institutionnelles (comme la séparation des malades et des vieillards dans les hôpitaux) ou de changement d'attitude de la population (comme le recours aux soins hospitaliers), autant d'éléments qui ont transformé la pratique de la médecine et la consommation de soins. Ainsi, on peut parler de médicalisation aussi bien dans le cas de la place grandissante que prend le corps médical dans certains hôpitaux urbains du 16^e siècle, que dans l'apparition de soucis hygiénistes à la fin du 18^e siècle ou dans la rationalisation de l'organisation hospitalière au cours de l'entre-deux-guerres¹¹. Olivier Faure met bien en lumière le caractère déterministe qui peut découler de l'utilisation de ce terme : « Repérée dès le Moyen Age par une présence plus grande des médecins, la médicalisation se serait

⁹ Alfons Labisch et Reinhardt Spree, « Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland – Rückschau und Ausblick », in *Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte*, 1997, pp. 171-210 et 305-321; Francisca Loetz, *Von Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850*, Stuttgart, Franz Steiner Verlag, 1993, 428 p.

¹⁰ Jacques Léonard, *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*, Paris, Champion, 1978, 3 vol., 1570 p. ; Jean-Pierre Goubert (éd.), *La médicalisation de la société française, 1770-1830*, Waterloo, Historical Reflections Press, 1982, 304 p. ; Olivier Faure, *Genèse de l'hôpital moderne : les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1982, 269 p. Sur les diverses approches françaises de la médicalisation, voir Olivier Faure, « La médicalisation vue par les historiens », in Pierre Aïach et Daniel Delanoë, *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Economica, 1998, pp. 53-68.

imperturbablement développée sans cesse avec la médecine clinique, la médecine pastorienne puis l'ouverture à tous d'un hôpital jusque-là réservé aux pauvres. »¹² Ainsi que le souligne Faure, ce qui pose problème, c'est bien que la médicalisation soit porteuse d'une conception linéaire, déterministe, voire téléologique, du développement de la médecine au cours des derniers siècles, chaque innovation – et les nouveaux usages sociaux qu'elle implique – étant perçue comme une étape du "moins médicalisé" vers le "plus médicalisé". Or, la médecine, pas plus que d'autres domaines de la science et de la technique, n'a connu une évolution linéaire et finaliste telle que peut parfois le faire imaginer l'usage du terme de médicalisation.

Les recherches menées en histoire des techniques, et plus largement en histoire économique, permettent d'envisager la construction de la médecine hospitalière selon une autre approche. La notion de "système technique" apparaît en effet d'un usage beaucoup plus adapté¹³. Selon l'historien des techniques français Bertrand Gille, les systèmes techniques découlent d'un équilibre entre les diverses techniques en interaction à un moment donné¹⁴. Dans cette perspective, l'analyse historique met en évidence des phases d'équilibre et des phases de réadaptation du système lorsqu'une nouvelle technique apparaît ou évolue. De plus, le système technique n'est pas autonome mais lié à d'autres systèmes (économique, politique, social, etc.), qui ont leur logique propre, et avec lesquels il est en interaction constante. Gille n'en accorde pas pour autant un rôle primordial aux acteurs : chez lui, le système technique résulte plus d'un processus cumulatif de l'ensemble des techniques mises en œuvre à un moment donné que d'un processus constructiviste découlant du jeu des acteurs¹⁵. Il est ainsi tout à fait imaginable et aisé d'appliquer à la médecine le modèle de Gille. Le "système technique médical" pourrait ainsi s'appréhender comme l'ensemble des techniques médicales existant à un moment donné et regroupant des machines et des objets (tables d'opérations, pinces, bistouris, stéthoscopes, etc.), des gestes regroupés en corps de doctrine (réunis dans des ouvrages et enseignés dans des universités), des produits (chloroforme, catgut, cocaïne,

¹¹ Olivier Faure affirme que « sous la plume des historiens, le terme de médicalisation désigne des réalités multiples, renvoie à des origines différentes et suscite des interprétations opposées. » Olivier Faure, « La médicalisation... », op. cit., p. 53.

¹² Olivier Faure, « Vingt ans d'histoire de la santé », in *Revue historique vaudoise*, 1995, p. 322.

¹³ Le concept de "système technique" a donné lieu à une multitude de travaux théoriques et de monographies sur lesquels il n'y pas lieu de s'étendre exhaustivement dans le cadre de ce travail, qui n'est qu'un exemple de système technique appliqué à la médecine. Pour une première approche des systèmes techniques en histoire économique, voir les références citées dans la bibliographie de François Caron, *Les deux révolutions industrielles du 20^e siècle*, Paris, Albin Michel, 1997, 590 p.

¹⁴ Voir Bertrand Gille (dir.), *Histoire des techniques*, Paris, Gallimard, 1978, 1652 p.

¹⁵ Yves Cohen et Dominique Pestre, « Histoire des techniques » (dir.), in *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 1998, pp. 735-738.

médicaments, etc.), etc. L'apparition d'une nouvelle technique, comme l'anesthésie au milieu du 19^e siècle, la radiologie dans les années 1890 ou les antibiotiques dans les années 1940, viendrait alors rompre l'équilibre du système technique médical, obligeant ce dernier à une réadaptation. Une telle lecture, même si elle prend en compte l'interaction avec d'autres systèmes (politique, économique, social, etc.), n'est toutefois pas suffisante. Le risque est grand en effet d'accorder une importance trop considérable à la technique médicale elle-même dans l'explication de la construction de la médecine hospitalière, le recours au concept de Gille ne faisant en fin de compte que renforcer l'interprétation évolutionniste.

La notion de système technique conceptualisée par Gille dans les années 1970 a grandement évolué, notamment grâce aux réflexions de sociologues constructivistes tels que Thomas Hughes. Ce dernier fait éclater les limites du système technique dans lequel il intègre des composantes sociales, économiques, politiques, organisationnelles et gestionnaires, si bien que « les systèmes qu'il étudie ressortissent donc à l'action humaine et non à une pure et simple comptabilité matérielle. »¹⁶ Le système technique tel qu'il l'entend n'est pas l'unique cumul de machines, d'outils, de connaissances et de gestes techniques, mais l'interaction entre ces éléments et des modes de gestion, des modèles organisationnels, des politiques de financement, des intérêts industriels, etc. Dans son étude sur la constitution et le développement des systèmes électriques, Hughes met bien en évidence qu'ils ne sont pas les produits "naturels" d'une évolution de type darwinien, mais le résultat du jeu des divers « constructeurs de système » (ingénieurs, politiciens, financiers, etc.) et de l'influence d'un environnement externe (politique, économique, géographique, etc.). Les systèmes techniques ne sont pas des produits autonomes mais sont construits et dirigés par des acteurs. Cette approche rompt radicalement avec une logique qui faisait de l'évolution technique le résultat d'une accumulation de connaissances et du génie de quelques "grands inventeurs". Bien au contraire, l'équilibre et la réadaptation des systèmes techniques résultent d'abord du jeu des acteurs¹⁷. Hughes utilise ainsi le concept de "système socio-technique", c'est-à-dire d'un système qui contient des éléments techniques proprement dits et des éléments organisationnels¹⁸. L'économique, le politique et le social ne se réduisent pas à l'environnement qui interagit avec le système technique, comme c'est le cas chez Gille, mais sont considérés en eux-mêmes comme des éléments du système socio-technique. Dans une

¹⁶ Ibidem, p. 735.

¹⁷ Thomas P. Hughes, *Networks of power: electrification in Western Society, 1880-1930*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1993 [1^{ère} éd. 1983], 474 p.

¹⁸ Thomas P. Hughes, « L'histoire comme systèmes en évolution », in *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 1998, pp. 839-857.

même perspective, François Caron met en avant le problème du passage d'un système socio-technique à un autre et montre que certains dysfonctionnements ou certaines innovations, de nature technique, politique, économique ou autre, accélèrent l'instabilité inhérente à tout système technique et la recherche d'un nouvel équilibre : les révolutions industrielles sont ainsi vues comme des périodes de profonds bouleversements qui voient le passage d'un système technique à un autre¹⁹.

Cette manière d'appréhender l'histoire des techniques et des sciences a directement influencé l'histoire de la médecine. Plusieurs sociologues et historiens ont en effet intégré la médecine à leurs réflexions sur l'innovation et le changement technique. Dans la foulée des travaux de chercheurs comme Thomas Hughes, Wiebe Bijker et Trevor Pinch lancés dans les années 1980²⁰, certains auteurs se sont intéressés au développement technique de la médecine et « il s'est affirmé une "nouvelle école" qui traite de la technologie médicale comme d'un nouvel élément de l'histoire sociale, politique et économique de la médecine [...] »²¹ Stuart Blume prend ainsi l'exemple de l'imagerie médicale (rayons X, scanners, etc.) pour montrer que le développement de la technologie médicale répond à un processus constructiviste, comme c'est le cas dans les autres secteurs économiques²². En France, il faut souligner les travaux de Bruno Latour sur Pasteur et la construction de la science dans les laboratoires, qui ont influencé toute une génération d'historiens des sciences et de la technique²³.

Inspiré par les travaux de Bijker et des sociologues de l'innovation, John Pickstone inclut la médecine au sein d'un ensemble plus large qu'il nomme *Science, Technology and Medicine (STM)*, en référence à l'acronyme STS (Science, Technology and Society) utilisé en sociologie des techniques. Il montre ainsi que l'évolution de la médecine dépend de la culture environnante, d'une société qui se transforme et s'industrialise, de lieux de formation intellectuelle qui changent, etc. Le lien entre médecine et société permet une histoire

¹⁹ François Caron, op. cit.

²⁰ Wiebe Bijker, Thomas Hughes et Trevor Pinch (éd.), *The Social Construction of Technological Systems. New Directions in the Sociology and History of Technology*, Londres/Cambridge, MIT Press, 1999 [1^{ère} éd. 1989], 405 p. et Wiebe Bijker, *Of Bicycles, Bakelites and Bulbs. Toward a Theory of Sociotechnical Change*, Londres/Cambridge, MIT Press, 1995, 380 p.

²¹ Jennifer Stanton, « Making Sense of Technologies in Medicine », in *Social History of Medicine*, 1999, p. 438.

²² Stuart S. Blume, *Insight and Industry. On the Dynamics of Technological Change in Medicine*, Londres/Cambridge, MIT Press, 1992, 306 p.

²³ Bruno Latour et Steve Woolgar, *Laboratory life : the social construction of scientific facts*, Londres, Sage Publ., 1979, 271 p. et Bruno Latour, *Pasteur : guerre et paix des microbes*, Paris, La Découverte, 2001 [1^{ère} éd. 1984], 363 p. De nombreux auteurs cités ci-dessous se réfèrent en effet aux travaux de Latour.

globalisante du développement de la médecine²⁴. Plusieurs auteurs proches de Pickstone et des divers Wellcome Institutes for the History of Medicine, en Grande-Bretagne, ont étudié des aspects particuliers du développement de la médecine comme science et comme technique, dans une approche constructiviste²⁵. L'histoire sociale de la médecine s'est ainsi érigée en champ de recherche autonome, avec ses meneurs (John Pickstone, Roy Porter, etc.), ses maisons d'édition (Routledge, Macmillan, etc.), ses revues (*Social History of Medicine*, *Bulletin of the History of Medicine*, etc.) et ses lieux de recherche privilégiés (Wellcome Institute).

En Suisse, l'histoire sociale des techniques médicales est encore peu développée et il faut souligner avec bonheur l'excellente étude de Thomas Schlich sur le développement de l'ostéosynthèse comme méthode privilégiée dans le traitement des fractures au cours de l'après-guerre. En mettant en avant la dimension sociale et économique de cette innovation thérapeutique, il montre que l'adoption par le monde médical des diverses découvertes techniques résulte avant tout de rapports de force sociaux. L'ostéosynthèse doit en l'occurrence son existence à un groupe de jeunes chirurgiens alémaniques socialement déclassés – ils ne sont pas engagés dans une carrière universitaire – et désireux de s'affirmer dans le milieu chirurgical, qui trouvent des alliances dans le monde industriel pour imposer leurs innovations²⁶. Dans la même perspective, Monika Domman a publié en 2003 une thèse sur le développement de la radiologie en Suisse alémanique durant la première partie du 20^e siècle. Adoptant une démarche d'histoire sociale des techniques fortement inspirée par les travaux de Bruno Latour, elle s'est notamment intéressée à la manière dont la radiologie se constitue en champ autonome de la médecine, avec par exemple sa propre infrastructure technique et ses filières de recrutement d'un personnel "spécialisé"²⁷.

²⁴ John Pickstone, *Ways of knowing. A new history of science, technology and medicine*, Manchester, Manchester University Press, 2000, 270 p.

²⁵ Voir par exemple Roger Cooter, Mark Harrison et Steve Sturdy (éd.), *Medicine and Modern Warfare*, Amsterdam, Rodopi, 1999, 285 p.; Jennifer Stanton (éd.), *Innovations in Health and Medicine. Diffusion and resistance in the twentieth century*, Londres et New York, Routledge, 2002, 232 p.; Ilana Löwy (éd.), *Medicine and Change : Historical and Sociological Studies of Medical Innovation*, Paris/Londres, INSRM/ John Libbey Ltd, 1993, 470 p.

²⁶ Thomas Schlich, *Surgery, Science and Industry. A Revolution in Fracture Care, 1950s-1990s*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2002, 349 p. Cette perspective est similaire à celle adoptée par Takahiro Ueyama pour expliquer l'émergence de l'électrothérapie comme spécialité autonome en Grande-Bretagne dans les années 1880-1920. Takahiro Ueyama, « Capital, Profession and Medical Technology : the electro-therapeutic institutes and the Royal College of Physicians, 1888-1922 », in *Medical History*, 1997, pp. 150-181.

²⁷ Monika Dommann, *Durchsicht. Einsicht. Vorsicht. Eine Geschichte der Röntgenstrahlen, 1896-1963*, Zurich, Chronos, 2003, 447 p.

Toutefois, ce nouveau champ de recherche n'a encore que très peu intégré la dimension économique dans ses réflexions. L'écrasante majorité des études faites en histoire sociale de la médecine n'aborde pas le cadre matériel dans lequel s'opèrent les innovations techniques de la médecine. L'application de méthodes d'analyse et de conceptions issues du champ de l'histoire économique est encore relativement rare. Les quelques historiens à avoir franchi le pas sont essentiellement américains et britanniques.

Il est vrai que la formidable croissance démographique et la très forte urbanisation que connaissent les Etats-Unis à la fin du 19^e siècle débouchent sur une profonde restructuration des lieux de soins, tels que les dispensaires et les hôpitaux, afin d'assurer la prise en charge d'une population en constante croissance. Le formidable changement d'échelle dont sont l'objet les établissements hospitaliers américains vers 1900 implique une réforme gestionnaire et organisationnelle qui n'a pas échappé aux historiens²⁸. Il faut aussi souligner ici l'impact sur la recherche historique des travaux d'Alfred Chandler sur les grandes entreprises américaines²⁹ auxquels font explicitement référence plusieurs historiens de la médecine (Thomas Goebel³⁰, Joel Howell, Barbara Bridgman Perkins³¹, Neil Larry Shumsky³², Paul Starr³³, Steve Sturdy³⁴, etc.). Steve Sturdy affirme ainsi par exemple que ce ne sont pas tant les découvertes médicales qui ont influencé le développement de la médecine à la fin du 19^e siècle mais « que les plus importants changements de la pratique médicale doivent être trouvés dans ce qu'il est convenu d'appeler l'administration médicale. »³⁵ Prenant l'exemple de la ville de Sheffield, il voit dans les développements de la médecine au 20^e siècle un souci de rationaliser un travail qui se divise de plus en plus, sur le modèle industriel dans lequel baigne la cité. Une approche similaire est adoptée par d'autres historiens britanniques, comme Roger Cooter dans son étude sur l'organisation de la chirurgie orthopédique au début du 20^e

²⁸ La croissance du système hospitalier américain au tournant du 19^e siècle est en effet impressionnante. On passe de 178 établissements (y compris les hôpitaux psychiatriques) et 50'000 lits en 1873 à 4'359 établissements et plus de 420'000 lits en 1909. Charles Rosenberg, « Inward vision and outward glance : the shaping of the American hospital, 1880-1914 », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1979, pp. 346-391.

²⁹ Principalement *La main visible des managers. Une analyse historique*, Paris, Economica, 1988 [1^e éd. anglaise 1977], 635 p.

³⁰ Thomas Goebel, « American Medicine and the "Organisational Synthesis": Chicago Physicians and the Business of Medicine, 1900-1920 », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1994, p. 640.

³¹ Barbara Bridgman Perkins, « Shaping Institution-Based Specialism : Early Twentieth-Century Economic Organization of Medicine », in *Social History of Medicine*, 1997, p. 420.

³² Neil Larry Shumsky, « The Municipal Clinic of San Francisco : A Study in Medical Structure », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1978, pp. 542-559.

³³ Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, New York, Basic Books, 1982, p. 148.

³⁴ Steve Sturdy, « The political economy of scientific medicine: science, education and the transformation of medical practice in Sheffield, 1890-1922 », in *Medical History*, 1992, p. 130

³⁵ Steve Sturdy, op. cit., p. 128.

siècle³⁶ ou John Pickstone lorsqu'il aborde le développement des hôpitaux de Manchester³⁷. Quant à Neil Larry Shumsky, il avance que « le monde de la médecine contemporaine est fait de structure, de bureaucratie et d'organisation »³⁸ et explique le fonctionnement de la Clinique municipale de San Francisco en se fondant sur les travaux de Chandler, tandis que pour Barbara Bridgman Perkins, la restructuration des hôpitaux américains dans les années 1900-1930 se fonde sur des méthodes organisationnelles importées du secteur industriel (division du travail) qui permettent l'affirmation de spécialités médicales. Le travail le plus convaincant sur le rôle de l'administration et du management dans l'industrialisation de la médecine hospitalière reste néanmoins l'ouvrage classique et largement cité de Joel Howell³⁹. En se basant sur les dossiers de patients de deux hôpitaux américains – le New York Hospital et le Pennsylvania Hospital de Philadelphie – dans les années 1900-1925, il montre comment la technologie médicale s'affirme au sein des établissements hospitaliers et déclare que la croissance hospitalière repose autant sur des aspects gestionnaires que techniques – innovations médicales proprement dites. Le grand mérite de l'ouvrage est en effet de montrer que l'arrivée d'un nouveau type de management permet de penser l'hôpital en terme de croissance : « L'attention croissante envers l'organisation a un impact direct sur la médecine clinique : les formulaires, les tableaux statistiques et une nouvelle structure institutionnelle ont permis et encouragé le développement de la chirurgie. »⁴⁰ Dans le même esprit, Paul Starr lie le développement des hôpitaux, ainsi que l'abandon de leur nature philanthropique, à l'affirmation de la profession médicale et déclare que « la chirurgie a rendu les soins hospitaliers rentables. »⁴¹

Il faut aussi souligner le travail novateur de David Rosner sur les établissements hospitaliers de New York dans les années 1885-1915⁴² dont il étudie la modernisation et la réorganisation (« hospital-standardization »⁴³). Il insiste notamment sur les changements démographiques, l'industrialisation et la réorganisation spatiale de la ville – et non sur les "progrès" de la

³⁶ Roger Cooter, *Surgery and society in peace and war: orthopaedics and the organisation of modern medicine, 1880-1948*, Londres, Macmillan, 1993, 416 p.

³⁷ John Pickstone, *Medicine and industrial society: a history of hospital development in Manchester and its region, 1752-1946*, Manchester, Manchester University Press, 1985, 369 p.

³⁸ Neil Larry Shumsky, op. cit., p. 542.

³⁹ Joel Howell, *Technology in the Hospital. Transforming patient care in the early twentieth century*, Baltimore/Londres, The Johns Hopkins University Press, 1995, 341 p.

⁴⁰ Ibidem, p. 66.

⁴¹ Paul Starr, op. cit., p. 157.

⁴² David Rosner, *A once charitable enterprise. Hospitals and health care in Brooklyn and New York, 1885-1915*, Cambridge, Cambridge University Press, 1982, 234 p.

⁴³ Ibidem, préface, p. VIII.

médecine⁴⁴ – pour expliquer la naissance d'hôpitaux de grande taille gérés selon les principes de l'économie privée⁴⁵ qui deviennent un lieu de travail privilégié pour le corps médical. Rosner montre de manière tout à fait convaincante comment des institutions caritatives se transforment en entreprises rationalisées et dominées par le culte de l'"efficiency". Morris Vogel s'est penché sur la professionnalisation des directeurs d'hôpitaux aux Etats-Unis dans les années 1895-1915⁴⁶ et apporte ainsi un heureux complément à l'étude de Rosner. Regroupés en une association professionnelle avec leurs collègues canadiens, qui compte plus de 450 membres en 1908, ces "superintendents" sont très engagés dans le mouvement tayloriste dont ils s'inspirent pour la conception de nouveaux bâtiments hospitaliers faisant la part belle à une médecine plus spécialisée et plus coûteuse. Selon les sociologues Marc Berg et Stefan Timmermans, la standardisation de l'infrastructure hospitalière américaine du début du 20^e siècle est la première étape d'un mouvement qui touche l'ensemble des pratiques médicales dans les années 1980 et 1990, et qui voit la généralisation d'une "evidence based medicine" reposant sur des directives standardisées à une échelle généralement internationale⁴⁷.

Pour Joan Lynaugh, auteur d'un ouvrage sur les hôpitaux de Kansas City dans les années 1870-1915, le changement d'échelle et la rationalisation des hôpitaux mettent fin au communautarisme ethnique et religieux qui était à la base de nombreux établissements⁴⁸. La croissance hospitalière nécessite en effet le passage à la prise en charge en masse de malades – qui payent leur hospitalisation – ou à la recherche de filières-niches telles que la pédiatrie pour les établissements qui désirent conserver une taille restreinte. La fin de la philanthropie est ainsi « intimement liée à des pressions économiques sur les hôpitaux. »⁴⁹ Cette perspective rejoint celle de Morris Vogel sur les hôpitaux de Boston, selon lequel le développement hospitalier repose en grande partie sur les classes moyennes, qui acceptent leur hospitalisation

⁴⁴ « [...] Les changements significatifs dans la forme de l'hôpital ont souvent eu lieu avant que de nouvelles techniques médicales soient introduites. Dans bien des cas, les hôpitaux ont été réorganisés pour des raisons internes avant que les avancées médicales et chirurgicales n'obligent à de quelconques réaménagements. » David Rosner, op. cit., p. 7.

⁴⁵ Le Dr Robert Dickinson, médecin établi à Brooklyn et impliqué dans la gestion hospitalière, déclare en 1917 que « le travail hospitalier n'est plus une entreprise caritative mais un business dont le travail peut être rationalisé de la même manière que d'autres entreprises commerciales. » Cité par David Rosner, op. cit., p. 61.

⁴⁶ Morris J. Vogel, « Managing medicine : creating a profession of hospital administration in the United States, 1895-1915 », in Granshaw Lindsay et Porter Roy (éd.), *Hospitals in History*, Londres/New-York, 1989, pp. 243-260.

⁴⁷ Marc Berg et Stefan Timmermans, *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphie, Temple University Press, 2003, 280 p.

⁴⁸ Joan Lynaugh, *The community hospitals of Kansas City, Missouri, 1870-1915*, New York/London, Garland, 1989, 216 p.

⁴⁹ Ibidem, p. 175.

en échange de soins payants⁵⁰. Pour le Canada, James M. Wishart a aussi montré que le développement hospitalier nécessite le recours à une clientèle aisée et rentable pour laquelle de nouveaux espaces sont aménagés⁵¹.

D'autres historiens anglo-saxons ont rédigé des contributions originales sur des aspects particuliers de la gestion hospitalière. L'organisation interne des établissements hospitaliers au début du 20^e siècle a fait l'objet de plusieurs communications. George Rosen s'est intéressé à la réorganisation des établissements de soins ambulatoires américains (policliniques et dispensaires) dans les années 1900-1920 selon les principes du "scientific management"⁵². Largement dépendants de la charité privée au 19^e siècle, les soins ambulatoires sont réorganisés dès les années 1900 dans le sens d'une meilleure rentabilité – et donc l'abandon de la gratuité généralisée – sous la pression des médecins généralistes dénonçant la concurrence déloyale du système caritatif. Analysant la pratique de la médecine à Chicago dans les années 1900-1920, Thomas Goebel arrive aux mêmes conclusions⁵³. Quant à Susan Reverby, elle s'intéresse aux essais de standardisation de la chirurgie du médecin de Boston Amory Codman au début du 20^e siècle⁵⁴. Le Dr Codman, assistant au Massachusetts General Hospital, lance au début des années 1900 un vaste programme de réforme de la médecine en milieu hospitalier fondé sur les méthodes de travail du secteur industriel. Voulant identifier les dysfonctionnements au sein de l'hôpital, il promeut la mise en place d' "efficiency committees" mais se heurte à la plupart de ses confrères qui refusent de voir leur propre travail évalué de la sorte. Certaines mesures de standardisation administrative seront toutefois reprises par des associations fédérales de médecins et de chirurgiens et diffusées par leurs canaux.

Citons encore les recherches de Stephen Kunitz sur la rationalisation du système sanitaire américain⁵⁵ – principalement les assurances-maladies – et de Steven Cherry sur les ressources hospitalières privées en Grande-Bretagne⁵⁶. Ce type d'études centrées sur la problématique

⁵⁰ Morris J. Vogel, *The invention of the modern hospital: Boston 1870-1930*, Chicago-London, University of Chicago Press, 1980, 171 p.

⁵¹ James M. Wishart, « Class Difference and the reformation of Ontario Public Hospitals, 1900-1935 : "Make Every Effort to Satisfy the tastes of the Well-to-Do" », in *Labour/Le Travail*, vol. 48, 2001, pp. 27-62.

⁵² George Rosen, « The Efficiency Criterion in Medical Care, 1900-1920 : An Early Approach to an Evaluation of Health Service », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1976, pp. 28-44.

⁵³ Thomas Goebel, op. cit.

⁵⁴ Susan Reverby, « Stealing the golden eggs : Ernest Amory Codman and the science and management of medicine », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1981, pp. 156-171.

⁵⁵ Stephen Kunitz, « Efficiency and reform in the financing and organization of American medicine in the progressive era », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1981, pp. 497-515.

⁵⁶ Steven Cherry, « Accountability, Entitlement, and Control Issues and Voluntary Hospital Funding c1860-1939 », in *Social History of Medicine*, 1996, pp. 215-233, « Before the National Health Service : financing the voluntary hospitals, 1900-1939 », in *Economic History Review*, 1997, pp. 305-326 et « Hospital Saturday,

du financement hospitalier est aussi abordée depuis les années 1990 en-dehors de la sphère anglo-saxonne, avec des travaux comme ceux de l'historien allemand Reinhard Spree sur le développement et le financement du système hospitalier allemand au cours du 19^e siècle⁵⁷ ou de l'Espagnol Pedro Pérez Castroviejo sur la gestion hospitalière dans le Pays basque dans les années 1800-1936⁵⁸. En France, il n'y a guère que l'ouvrage de Maurice Garden sur les finances des Hospices civils de Lyon aux 19^e et 20^e siècles à aborder la dimension économique du développement hospitalier⁵⁹.

En Suisse aussi, quelques travaux récents abordent la question du financement et du management des hôpitaux⁶⁰. Dans sa thèse sur les professions infirmières en Suisse romande, Joëlle Droux s'intéresse ainsi à « l'entreprise hospitalière »⁶¹, à son organisation et à sa gestion, afin de mettre en lumière l'affirmation des diverses filières de professionnalisation du personnel hospitalier. Ces types d'approches restent toutefois peu développés.

Cette thèse vise à intégrer les apports de l'histoire sociale des techniques et de l'histoire économique des hôpitaux dans l'explication du développement de la médecine hospitalière au cours des 19^e et 20^e siècles. Le concept de système socio-technique élaboré par Thomas Hugues s'avère d'une excellente utilité pour aborder ce phénomène et montrer que la profonde réorganisation des hôpitaux à la fin du 19^e siècle et dans la première partie du 20^e siècle s'apparente à une révolution industrielle, au sens où l'entend François Caron, c'est-à-dire au passage d'un système technique à un autre. Plusieurs types d'innovations, à la fois purement techniques (nouvelle manière de pratiquer la chirurgie), sociales (professionnalisation des médecins) et économiques (élargissement du marché des soins)

Workplace Collections and Issues in late Nineteenth-Century Hospital Funding », in *Medical History*, 2000, pp. 461-488.

⁵⁷ Parmi de nombreuses contributions, on retiendra sa synthèse « Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts », in *Historisches Zeitschrift*, 1995, pp. 75-105 et l'édition de l'ouvrage collectif Alfons Labisch et Reinhardt Spree (éd.), *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhaussträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*, Francfort, Campus Verlag, 2001, 470 p.

⁵⁸ Pedro M. Pérez Castroviejo, « La formación del sistema hospitalario vasco : administración y gestión económica, 1800-1936 », in *Transportes, Servicios y Telecomunicaciones*, 2002, pp. 73-97.

⁵⁹ Maurice Garden, *Histoire économique d'une entreprise de santé : le budget des Hospices civils de Lyon, 1800-1976*, Lyon, PUL, 1980, 148 p.

⁶⁰ Voir Vincent Barras et Marie-France Vouilloz Burnier, *De l'hospice au réseau santé. Santé publique et systèmes hospitaliers valaisans, XIXe-XXe siècles*, Sierre, Monographic, 2004, 441 p., Thierry Christ, « De la bienfaisance privée à l'Etat social ? Mise en place, financement et contrôle du réseau hospitalier et institutionnel (orphelinats, hospices) à Neuchâtel (1815-1914) », in *Revue historique neuchâteloise*, 1997, pp. 23-51, et « Du zèle piétiste à l'activisme républicain. Démocratisation de la gestion et du contrôle de l'hôpital à Neuchâtel au 19^e siècle », in *Revue historique neuchâteloise*, 1999, pp. 19-31, ainsi que les ouvrages de Pierre-Yves Donzé, *L'hôpital bourgeois de Porrentruy*, Porrentruy, CEH, 2000, 210 p., et *Bâtir...*, op. cit.

⁶¹ Joëlle Droux, *L'attraction céleste. La construction de la profession d'infirmière en Suisse Romande (19^e-20^e siècles)*, Thèse de doctorat, Université de Genève, 2000, p. 413.

favorisent alors le passage à un nouveau "système socio-technique médical", fondé sur deux sous-systèmes principaux : le système hospitalier et le système technique médical.

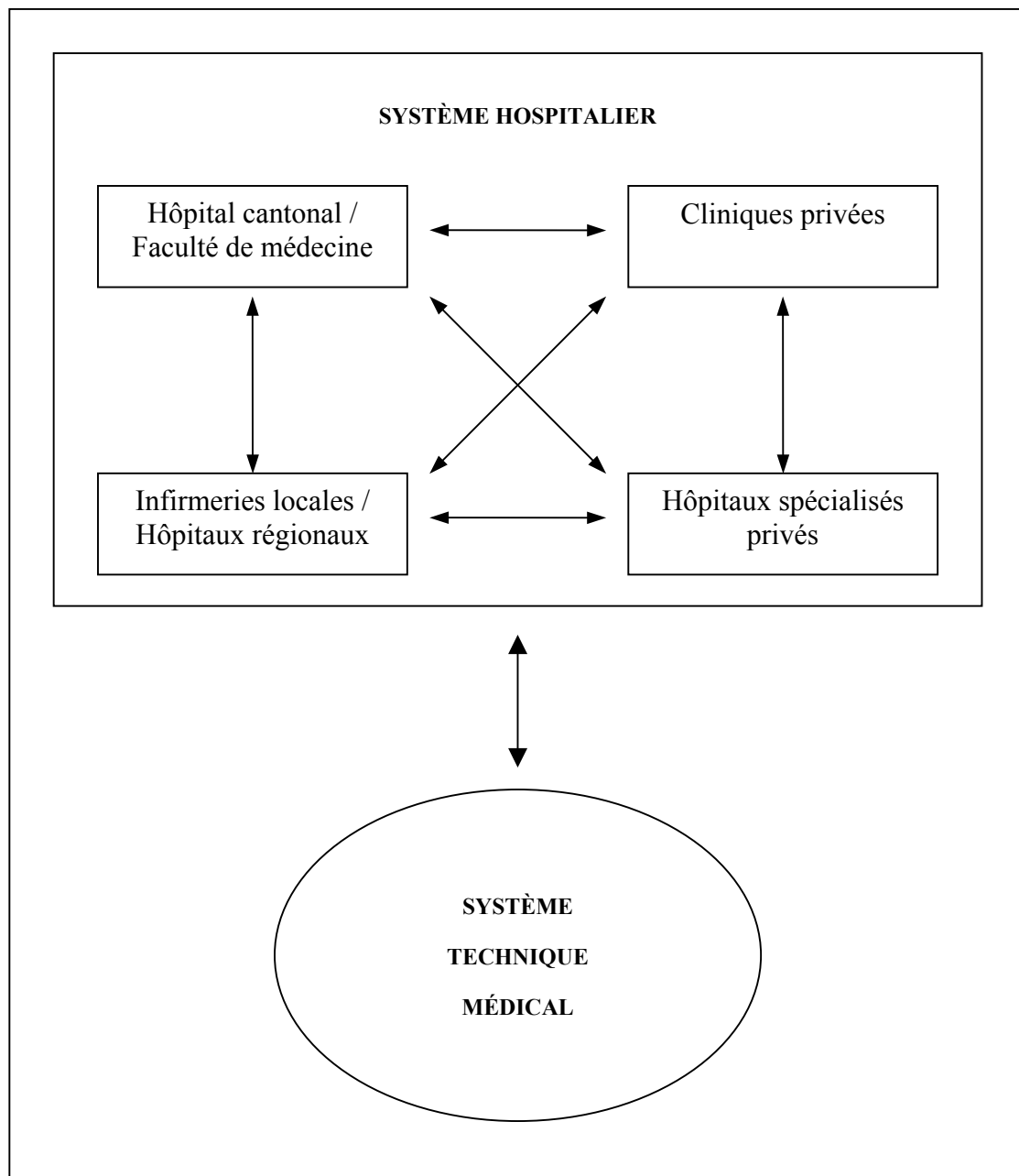
Il faut entendre par système hospitalier un ensemble d'acteurs institutionnels (hôpitaux publics et privés, cliniques, facultés de médecine, écoles d'infirmières, etc.) et sociaux (médecins, malades, hommes politiques, administrateurs, etc.), en interaction les uns avec les autres, et dépendant d'un environnement politique, économique et social commun. Le système hospitalier apparaît comme un élément structurant du marché médical, l'essentiel de l'offre de soins et d'infrastructures tendant à s'y concentrer dès la fin du 19^e siècle. Il peut alors s'organiser aussi bien d'après le principe de la concurrence et du libre marché que d'après celui d'un marché réglementé, voire cartellisé, selon l'intervention des divers acteurs – les constructeurs de système chers à Hugues – et leurs rapports de force au sein du système hospitalier.

Quant au système technique médical, je l'entends dans le sens de la manière dont se pratique la médecine, avec les divers modes de travail, les machines, les outils et les gestes techniques mis en œuvre dans l'acte de soigner, soit selon une acception proche de celle de Gille. Les bouleversements qui touchent ce système technique à la fin du 19^e siècle et durant la première partie du 20^e siècle se traduisent par un double mouvement de mécanisation et de concentration du travail médical, suivi d'une phase de division du travail. Cette transformation du travail médical, qui s'apparente à une industrialisation telle que la connaissent alors les entreprises du secteur secondaire, est fondée sur la chirurgie, qui est elle-même l'objet d'une profonde mutation durant la seconde moitié du 19^e siècle⁶² et autour de laquelle se réorganisent les hôpitaux. On assiste à une véritable mécanisation de la chirurgie, avec la standardisation des gestes médicaux et du matériel chirurgical tel que les tables d'opérations. L'ensemble chirurgical–salle d'opérations forme une véritable "machine à guérir" dans laquelle les malades deviennent interchangeables. Cette mécanisation permet une production de masse, c'est-à-dire le traitement d'un nombre croissant de cas. Les hôpitaux deviennent ainsi des unités de production de soins et la pratique de la médecine tend à s'y concentrer. En effet, celle-ci requiert désormais l'accès à une infrastructure médico-technique (salles d'opérations, laboratoires, installations radiologiques, etc.) qui se trouve concentrée dans les hôpitaux. A cette phase de mécanisation et de concentration de la médecine, succède dans l'entre-deux-guerres une phase de rationalisation, soit une forte division – aussi bien

⁶² Sur les transformations de la chirurgie au cours de cette période, voir l'article synthétique d'Ulrich Tröhler, « Surgery (modern) », in W. F. Bynum et Roy Porter, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, Londres/New York, Routledge, 1993, vol. 2, pp. 984-1028.

verticale qu'horizontale – du travail qui donne de l'hôpital l'image d'une entreprise multidivisionnaire et qui s'explique principalement par l'émergence de la recherche médicale et l'affirmation de la spécialisation professionnelle des médecins. Ainsi que l'écrit Barbara Bridgman Perkins, ces divisions horizontales et verticales du travail médical ont toutes deux des fonctions différentes qui correspondent à des moments distincts du développement hospitalier : « la spécialisation horizontale a permis aux médecins de contrôler leurs marchés, et la spécialisation verticale leur a permis de contrôler leur travail et leurs départements. »⁶³

Fig. 1 Le système socio-technique médical dans le canton de Vaud



⁶³ Barbara Bridgman Perkins, op. cit., p. 424.

Cependant, ce développement du système socio-technique médical ne se réalise pas de manière harmonieuse et automatique : les blocages et les innovations sont omniprésents. L'évolution du système technique médical dépend étroitement de celle du système hospitalier, et vice versa. Les constructeurs de systèmes interviennent à tous les niveaux. Il faut ainsi se poser la question de la manière dont réagissent les différents acteurs aux velléités de changement. Les médecins sont-ils tous par principe favorables aux transformations du système technique médical ? Quelle est alors leur position face à l'hôpital ? De même, les administrateurs des établissements hospitaliers acceptent-ils sans autre la transformation des techniques médicales ? Comment les financent-ils ? Comment réagit la population à ces changements ? Quant à l'Etat, intervient-il dans le système hospitalier ? De quelle manière et pourquoi ? Et, en fin de compte, quelle est l'influence de ces changements sur les relations entre les différents hôpitaux au sein du système hospitalier ? Ces diverses interrogations reflètent des rapports de force multiples au sein du système socio-technique médical. La transformation de la médecine hospitalière peut ainsi s'imaginer sous des formes diverses, selon l'issue des conflits et des négociations débouchant sur une réadaptation du système.

Le canton de Vaud apparaît comme un excellent exemple pour répondre à ces diverses questions et comprendre comment l'interaction entre système technique médical et système hospitalier a façonné le développement de la médecine hospitalière au cours des années 1840-1960. En effet, en Suisse, la santé publique est du ressort des Etats cantonaux et c'est à l'échelle cantonale que se sont constitués les divers systèmes hospitaliers au cours des 19^e et 20^e siècles. Le cas vaudois présente plusieurs caractéristiques qui rendent l'étude de la construction de son système hospitalier particulièrement intéressante. Tout d'abord, parmi les cinq cantons possédant une Faculté de médecine et un Hôpital universitaire (Bâle, Berne, Genève, Vaud, Zurich), il ne se réduit pas à une ville, comme Bâle ou Genève, mais comprend un vaste arrière-pays⁶⁴, qui a vu s'établir divers types d'établissements hospitaliers destinés à prendre en charge une population qui double presque entre 1880 (235'349 habitants) et 1960 (429'512 habitants)⁶⁵. La taille relativement limitée de son territoire (3'200 km²) permet toutefois d'appréhender l'ensemble des établissements existants au sein du système et de ne pas s'arrêter sur les seuls grands établissements. La place qu'occupent les

⁶⁴ Parmi les 26 cantons suisses, celui de Vaud est le quatrième plus important de par sa superficie, derrière les cantons des Grisons, de Berne et du Valais.

hôpitaux secondaires et périphériques, ainsi que les relations, parfois conflictuelles, qu'ils entretiennent avec les autres établissements, apparaissent en effet comme des éléments structurant du système hospitalier. De plus, le territoire vaudois ne connaît pas une évolution linéaire et homogène durant la période considérée. La croissance démographique et la forte urbanisation qui caractérisent ces années remettent en question l'organisation territoriale du canton. Les relations entre les divers établissements hospitaliers sont ainsi elles-mêmes marquées par ces changements structurels du territoire. Enfin, le canton de Vaud est dirigé durant l'ensemble de la période considérée par le parti radical, qui fait de l'Etat cantonal un acteur omniprésent et interventionniste dans la construction, puis la gestion, du système hospitalier. On a donc affaire à un système hospitalier très diversifié, avec un hôpital universitaire public (Hôpital cantonal) et des établissements spécialisés privés (ophtalmologie, orthopédie et pédiatrie) en ville de Lausanne, ainsi qu'une quinzaine d'hôpitaux généralistes privés dans le reste du canton (Infirmes locales / Hôpitaux régionaux) et des cliniques privées destinées à une clientèle aisée sur la Riviera lémanique. Comment réagiront ces divers établissements aux transformations du système technique médical ? En seront-ils les promoteurs ou les freins ?

L'industrialisation de la médecine hospitalière vaudoise est appréhendée dans un premier temps sous l'angle du système technique médical et de ses concepteurs : les chirurgiens-modernisateurs. Cette thèse accorde une place privilégiée à la chirurgie dans la transformation du système hospitalier au cours des années 1840-1960. Bien évidemment, d'autres domaines de la médecine, abordés dans ce travail de manière plus indirecte, pourraient aussi s'avérer de bons révélateurs de l'industrialisation du travail médical : les pédiatres, avec le développement de campagnes de vaccinations infantiles en masse, ou les médecins internes, avec l'apparition de produits pharmaceutiques en quantité prodigieuse, en seraient d'excellentes illustrations. Cependant, la chirurgie apparaît comme le vecteur principal et initial de la transformation du système hospitalier. Ce sont d'abord les chirurgiens qui réalisent les principales innovations du système technique médical nécessitant le redéploiement des établissements hospitaliers. Leur action a une incidence directe en terme d'infrastructure que les autres domaines de la médecine n'auront que dans un second temps. Comme les ingénieurs dans les entreprises du secteur secondaire, ce sont en effet les chirurgiens-modernisateurs qui mettent en œuvre l'industrialisation du système hospitalier vaudois. La première partie de cette thèse est donc consacrée à l'étude de ces hommes, de ces

⁶⁵ Chiffres tirés de l'*Annuaire statistique du canton de Vaud – 1985*, Lausanne, Service cantonal de recherche et d'information statistiques, 1985, 448 p.

constructeurs de système, à leur formation professionnelle et aux modèles qui l'influencent, à leur carrière dans les différentes filières qui s'offrent à eux ou qu'ils se créent, etc. Une place privilégiée est accordée à l'Hôpital cantonal de Lausanne et à sa clinique chirurgicale, principal hôpital du canton et lieu dans lequel se forme la grande majorité des chirurgiens vaudois. Dans une approche d'histoire sociale de la médecine, l'intérêt est ainsi porté sur les acteurs de l'innovation médicale, leurs interventions dans le système hospitalier et l'évolution du système technique médical. Les chapitres suivants se concentrent sur la réaction des établissements hospitaliers aux réadaptations du système technique médical, en prenant d'abord le cas de l'Hôpital cantonal de Lausanne, puis celui des hôpitaux régionaux.

La seconde partie du travail porte sur les aspects gestionnaires et organisationnels de l'Hôpital cantonal de Lausanne. L'industrialisation de la médecine n'est pas que le fait des innovations techniques mises en œuvre dans des hôpitaux par une nouvelle génération de chirurgiens. Ainsi que l'ont montré plusieurs historiens, dont Joel Howell, celle-ci nécessite une profonde transformation des méthodes gestionnaires et l'arrivée d'une nouvelle génération d'administrateurs. Il faut se donner les moyens d'investir – pour créer l'infrastructure nécessaire – ainsi que d'apprendre à connaître le marché des soins, s'y positionner, notamment par rapport aux cliniques privées et aux hôpitaux régionaux, susciter la demande et y répondre – pour assurer le fonctionnement des entreprises hospitalières selon une logique marketing. Cette partie cherche notamment à montrer comment un hôpital universitaire public parvient à dégager les ressources financières nécessaires à son développement et son fonctionnement.

Aux côtés de l'Hôpital cantonal, les établissements caritatifs privés (Hôpitaux régionaux et Hôpitaux spécialisés) occupent une place importante au sein du système hospitalier, dont ils représentent environ la moitié de la capacité d'accueil. La troisième partie de ce travail est centrée sur l'intervention des chirurgiens-modernisateurs dans ces hôpitaux et sur les conséquences de leur action, en terme de gestion, d'organisation et de financement. Il s'agit de montrer pourquoi et comment s'opère la transformation d'établissements caritatifs de petite dimension en entreprises modernes plus fortement capitalisés, qui deviennent concurrentes des autres hôpitaux du système.

Enfin, la quatrième partie porte sur la construction de la politique hospitalière cantonale. L'approche de la gestion hospitalière menée au niveau du système permet de mettre en lumière le processus de réorganisation du système hospitalier durant les années 1945-1965 et de l'envisager comme une réponse à un système concurrentiel qui ne satisfait pas ses acteurs. Cette partie prolonge les diverses thématiques abordées précédemment, telles que la division

du travail à la clinique universitaire de chirurgie et le financement des divers établissements, qui trouvent une solution dans le plan hospitalier de 1966. Cette nouvelle étape dans la construction du système hospitalier voit l'arrivée de nouveaux experts de la gestion hospitalière, les planificateurs de la santé publique, qui organisent désormais les questions sanitaires à l'échelle du territoire et non plus de l'hôpital.

CHAPITRE 1

Les chirurgiens vaudois aux 19^e et 20^e siècles

Introduction

Pour qui s'intéresse à l'histoire de la médecine et des hôpitaux dans le canton de Vaud – et plus largement dans l'ensemble de la Suisse romande – aux 19^e et 20^e siècles, il est une personnalité incontournable : César Roux, premier professeur de chirurgie de la Faculté de médecine de Lausanne (1890-1926). Il est en effet omniprésent, non seulement dans les documents d'archives et la littérature secondaire, mais aussi dans la mémoire collective et la cité : il y a ainsi une rue et un monument César Roux en ville de Lausanne, un auditoire César Roux au CHUV, des fonds Roux à la Bibliothèque publique et universitaire de Lausanne et aux Archives cantonales vaudoises, un portrait de Roux dans la collection du Musée cantonal des Beaux-Arts, etc.

La mémoire de Roux est de plus entretenue par une dizaine d'ouvrages, de brochures et d'articles qui évoquent l'homme. Ce sont généralement des médecins – ses élèves et/ou ses successeurs (Gustave Clément, Pierre Decker, Louis Perret, Gustave Piotet, Frédéric Saegesser, Jules Taillens, etc.) – qui ont écrit sur lui¹. Que nous apprennent ces textes ? Que César Roux, descendant d'une famille de réfugiés piémontais, troisième fils d'une famille de

¹ Références en bibliographie. Pour les 18^e et 19^e siècles, Christopher Lawrence a montré que l'histoire de la chirurgie a été traditionnellement écrite par des chirurgiens dans un sens hagiographique et vise à établir l'autorité de cette branche face à la médecine interne. Voir Christopher Lawrence, « Democratic, divine and heroic : the history and historiography of surgery », in *Medical theory, surgical practice. Studies in the History of surgery*, London/New York, Routledge, 1992, pp. 1-47.

onze enfants dont le père est instituteur à Mont-la-Ville, provient d'un milieu rural et modeste. Que son admiration pour un médecin de campagne l'a poussé à étudier la médecine à l'Université de Berne. Qu'il y est devenu assistant du grand Theodor Kocher dont il a appris de nouvelles méthodes chirurgicales. Que, fort de ce savoir, il est nommé médecin-chef à l'Hôpital cantonal de Lausanne puis professeur à la Faculté de médecine, où il enseigne pendant plus de trente ans. Qu'il fut un professeur autoritaire, caractériel et colérique, mais aussi un excellent chirurgien et un médecin soucieux du bien-être de ses malades. Enfin, que malgré la renommée acquise au cours des années, il est resté un homme simple, qui n'a pas renié ses origines rurales et populaires. César Roux comme type idéal – au sens wébérien – du *self-made-man* helvétique² élevé au rang de personnage légendaire, véritable Waldstätten de la chirurgie³.

La mythification de César Roux s'est construite de son vivant, avec l'intervention de nombreux acteurs. Tout d'abord, il y a le monde du tourisme médical et des cliniques privées lausannoises, en pleine effervescence depuis les années 1880⁴. Bien que ni Roux ni sa famille ne semblent directement impliqués dans le développement de l'infrastructure touristique⁵, ils sont proches de l'élite lausannoise – essentiellement radicale – qui organise l'industrie des étrangers. César Roux donne de nombreuses consultations dans les hôtels dans lesquels descend une riche clientèle internationale et ouvre sa propre clinique privée au début des années 1890. De retour au pays, ces patients de Roux entretiennent – et développent – la renommée de la médecine lausannoise. De même, les nombreux élèves de Roux exilés à l'étranger – Amérique du Sud, Etats-Unis, Russie, Turquie, etc. – sont un important relais dans la constitution d'un prestige international, tout comme les visites à Lausanne de chirurgiens américains, britanniques, argentins ou russes⁶. César Roux et ses proches

² On trouve exactement la même image du *self-made-man* dans le cas du patronat horloger suisse de la première partie du 20^e siècle. Voir les diverses notices nécrologiques du *Journal suisse d'horlogerie (JSH)*, par exemple celle de l'industriel loclois Georges Ducommun (1868-1936), in *JSH*, n°11-12, 1936.

³ Gustave Piotet rappelle que Roux « avait la dignité naturelle d'un paysan, d'un homme libre [...] ». Voir Gustave Piotet, « César Roux, 1857-1934 », in *RMSR*, 1949, p. 483.

⁴ Voir Laurent Tissot, « Hôtels, pensions, pensionnats et cliniques à Lausanne : fondements pour une "industrie des étrangers", 1850-1920 » in Brigitte Studer et Laurent Tissot (dir.), *Le passé du présent. Mélanges offerts à André Lasserre*, Lausanne, Payot, 1999, pp. 69-88.

⁵ Selon un dépouillement de la *Feuille officielle suisse du commerce* entre 1883 et 1960, aucun membre de la proche parenté de César Roux n'est engagé dans la fondation d'hôtels, de chemins de fer, etc.

⁶ Voir par exemple le rapport du médecin anglo-américain William Mayo, *A visit to some of the Hospitals and Surgical Clinics of France and Switzerland*, 1911 (ACV, Fonds Roux) ; celui rédigé par le Dr Souttar, directeur de la Surgical Unit du London Hospital, pour une équipe de chirurgiens britanniques en visite en Suisse en 1923 (BCU, Fonds Roux) ; l'article rédigé par le Dr Escalier de Buenos Aires dans le grand quotidien argentin *La Nacion* vers 1910 – dans lequel il est fait allusion pour la première fois, semble-t-il, de la « Mecque médicale » lausannoise (article traduit par le Dr Alfred Métraux, chirurgien installé en Argentine après l'obtention de son doctorat chez Roux, dans *La Gazette de Lausanne*, 9 octobre 1910) ; ou l'article sur César Roux rédigé par le Dr Briouchanof pour *Le médecin russe* (titre original en russe) en 1907 (BCU, Fonds Roux).

s'inscrivent eux-mêmes dans des rapports sociaux et matrimoniaux internationaux⁷. César s'est marié avec la fille d'un médecin russe, Anna Bégoune, rencontrée sur les bancs de l'Université. Son neveu et médecin-adjoint Jacques Roux épouse quant à lui une aristocrate grecque, tandis que sa nièce Jeanne, fille de Félix Roux, se lie à un Britannique et termine sa vie à Londres. L'une des deux filles de César, Marie, a une destinée similaire : elle épouse à Shanghai le sinologue Paul Demiéville, avec qui elle s'installe au Japon puis à Paris.

Les réseaux internationaux de la médecine lausannoise – et en particulier ceux de César Roux – sont un élément essentiel dans la constitution du mythe, mais ils ne sont pas le seul. Il faut en effet aussi compter avec une dimension locale et régionale déterminante. Professeur de chirurgie à un moment-clé de la constitution du système hospitalier vaudois, Roux apparaît comme le principal formateur des chirurgiens qui mettent en place la médecine hospitalière en-dehors des villes universitaires romandes. Ils lui seront extrêmement reconnaissants de la transmission de son savoir-faire et le lui exprimeront à maintes reprises⁸. Ils diffuseront une image de Roux considéré comme le concepteur du développement généralisé de la médecine hospitalière dans le canton de Vaud – voire au-delà (Fribourg, Tessin, etc.) – et du système hospitalier vaudois.

Les admirateurs de Roux se recrutent pourtant bien au-delà du cercle restreint des chirurgiens-modernisateurs formés dans son service qui mettent en œuvre la modernisation de la médecine hospitalière. Cette transformation du travail médical renforce en effet grandement la position du corps médical dans son ensemble, en venant appuyer sa professionnalisation en cours dans le dernier tiers du 19^e siècle⁹. Les médecins vaudois sont quasiment unanimes dans leur admiration envers le « maître » : plus de 120 d'entre eux participent en 1912 à une souscription pour la clinique chirurgicale de Roux à l'occasion de sa vingt-cinquième année d'activité à l'Hôpital cantonal¹⁰.

Si César Roux a laissé une empreinte aussi forte dans la mémoire collective, c'est que les quarante ans qu'il passe comme chirurgien à l'Hôpital cantonal (1887-1926) représentent une

⁷ Maxime Reymond, *Les origines du professeur César Roux*, Lausanne, Imprimerie vaudoise, 1935, tableau II en annexe (généalogie de la famille Roux).

⁸ Voir ci-dessous pp. 73-74.

⁹ Les diverses législations adoptées durant la seconde partie du 19^e siècle ont fait des médecins diplômés les seuls praticiens autorisés à exercer la médecine. Ce phénomène de professionnalisation est très largement répandu en Europe occidentale et a été étudié par de nombreux chercheurs. Pour la Suisse, voir Rudolf Braun, « Zur Professionalisierung des Ärztesstandes in der Schweiz », in *Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert*, vol. 1, Stuttgart, 1985, pp. 332-357 et Philippe Ehrenström, « Affirmation et structuration de la profession médicale, Genève, 1880-1914 », in *Revue suisse d'histoire*, 1992, pp. 220-226.

¹⁰ Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, *Docteur César Roux. Lettres à Anna Bégoune et à quelques autres correspondants (1880-1933)*, Lausanne, Ed. d'en bas, 2003, p. 328.

véritable rupture dans la manière dont se pratique la chirurgie dans le canton de Vaud. A bien des égards, il apparaît comme l'un des premiers ingénieurs de l'industrialisation de la médecine hospitalière, caractérisée dans cette phase par un double mouvement de concentration et de mécanisation. Il est l'un des principaux constructeurs du système technique médical industrialisé dans le canton de Vaud. Certes, les chirurgiens de la génération de Roux ne sont pas les premiers à mettre au point de nouvelles techniques et de nouveaux appareils chirurgicaux. L'exemple du Dr Mathias Mayor, premier chef du Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Lausanne (1806-1847) et concepteur de nombreux appareils chirurgicaux¹¹, est là pour nous le rappeler¹². Mais les innovations mises au point par les chirurgiens de la première partie du 19^e siècle, à Lausanne comme ailleurs dans le monde occidental, visent d'abord le traitement d'une affection particulière, isolée dans l'ensemble de la pratique quotidienne du chirurgien, dont le but est la guérison du malade pris en charge. On a affaire à une conception tout à fait artisanale du travail chirurgical, qui n'exclut pas l'inventivité technique, mais qui entreprend les différents malades d'une manière individualisée, selon le principe de la singularité de chaque cas. La chirurgie ne se pratique ni de manière centralisée dans un lieu particulier, ni en série. Les choses évoluent à la fin du 19^e siècle, avec l'arrivée d'une nouvelle génération de chirurgiens, généralement formés à l'école allemande. Les innovations mises au point par Roux et ses contemporains ont ceci de novateur qu'elles portent autant sur le traitement de l'affection elle-même que sur l'organisation du travail chirurgical. Roux acquiert de nouvelles techniques chez Theodor Kocher et fait preuve lui-même d'une forte inventivité technique, caractéristique du système technique médical artisanal, que loueront ses élèves après sa mort, le Dr Gustave Piotet évoquant en 1949 les « mains intelligentes »¹³ de Roux. Son savoir-faire ne s'arrête pourtant pas là. Il recourt en effet peu à peu à de nouveaux moyens de production (tables d'opérations, stérilisateurs, installations de rayons X, etc.), concentrés à l'hôpital, qui lui permettent de passer à un type d'organisation du travail en série proche de celui qui se met en place dans les entreprises industrielles, notamment grâce à l'ouverture en 1914 d'une nouvelle Clinique universitaire de chirurgie. Si bien qu'entre la manufacture d'épingles d'Adam Smith et les extractions en série de goîtres de Roux, la principale différence réside dans la nature des biens produits.

¹¹ Voir Jean-Charles Biaudet, « L'écharpe, le marteau et le tourniquet. Mathias Mayor, un chirurgien vaudois du début du XIX^e siècle », in Guy Saudan (éd.), *L'Eveil médical vaudoise, 1750-1850. Tissot, Venel, Mayor*, Lausanne, Université, 1987, pp. 105-175.

¹² Voir ci-dessous, p. 24.

Certains des élèves de Roux, une fois sortis de l'Université, s'installent hors de Lausanne et obtiennent l'accès aux infirmeries locales. Celles-ci sont alors de petits établissements à caractère philanthropique, aux ressources financières limitées, dont le but premier est de venir en aide aux ressortissants des classes populaires. Dès les années 1900, ces chirurgiens-modernisateurs font, par l'application de la nouvelle chirurgie acquise – entre autres – chez Roux, des infirmeries locales de véritables hôpitaux modernisés, qui entrent rapidement en concurrence avec l'Hôpital cantonal de Lausanne. En arrivant dans les infirmeries locales empreints d'une forte volonté de restructuration et de modernisation, ils incarnent le manager salarié décrit par Alfred Chandler¹⁴. L'esprit du *managerial capitalism* est bien présent dans les établissements hospitaliers. Les chirurgiens-modernisateurs agissent comme de véritables directeurs techniques, dépendants d'un comité de direction et responsables de l'organisation du travail, de l'innovation technique, de la gestion des flux et de la production de soins. Ils sont les promoteurs de l'industrialisation des hôpitaux.

Avec l'arrivée de Pierre Decker à la tête du Service de chirurgie (1932), on entre dans une seconde phase de l'industrialisation du système technique médical, qui s'affirme pleinement sous le professorat de Saegesser (1957), celle de la division du travail. Les activités de recherches commencent à apparaître et mènent à l'émergence de spécialités chirurgicales, ainsi qu'à une nouvelle organisation fondée sur la division du travail, aussi bien à un niveau horizontal que vertical. Or, cette nouvelle manière de faire de la chirurgie nécessite des moyens financiers élargis et centralisés à l'Hôpital cantonal, dont le Service de chirurgie se heurte aux hôpitaux régionaux, où le service médical est dirigé par les chirurgiens-modernisateurs de la génération précédente, qui drainent à eux toute une partie des malades et des subventions publiques.

La chirurgie passe ainsi par diverses phases, au cours de la période considérée, qui ont une incidence directe sur les développements du système hospitalier. L'objet de ce chapitre est la mise en lumière de l'évolution du système technique médical (organisation du travail, modèles, infrastructure technique, etc.) et donc des caractéristiques techniques de la croissance hospitalière, dont les aspects gestionnaires et financiers seront abordés dans les chapitres suivants.

¹³ ATS, Gustave Piotet, coupure de presse non identifiée, 1949. Ces paroles sont prononcées à l'occasion de l'inauguration du monument en l'honneur de César Roux.

1. Les chirurgiens vaudois dans la première partie du 19^e siècle (1800-1880) : des artisans de la chirurgie

Il est difficile de parler de *chirurgie* dans le canton de Vaud avant les années 1870. En l'absence d'une université dans laquelle on enseignerait cette branche de manière autonome, la distinction entre médecins et chirurgiens reste fort vague. Si l'on se reporte aux autorisations légales de pratiquer la médecine¹⁵, force est de constater que l'écrasante majorité des praticiens se disent *médecins* et *chirurgiens*. De plus, la pratique de la médecine est essentiellement de nature privée et les sources permettant de déceler d'éventuelles spécialisations dans les savoir-faire sont quasiment inexistantes. Enfin, les infirmeries locales fondées par des philanthropes dès les années 1840-1850 ne font pas de distinction entre *médecine* et *chirurgie* jusqu'à l'extrême fin du 19^e siècle¹⁶. Dans ces conditions, le seul lieu dans lequel peut être aisément repérée une activité dite *chirurgicale* – c'est-à-dire pensée comme telle – est l'Hôpital cantonal vaudois¹⁷, fondé par l'Etat de Vaud en 1806 par rachat de l'ancien Hôpital de la ville de Lausanne¹⁸.

Le premier chirurgien en poste à l'Hôpital cantonal, le Dr Mathias Mayor, est emblématique de cette chirurgie conçue comme un travail artisanal. Ni les procédures, ni les méthodes de travail ne sont clairement définies et prises en compte comme un corps de doctrines globalisant. Pour Mayor, c'est l'imagination qui fait le bon chirurgien¹⁹. Il est lui-même un praticien fort inventif (constricteur à chapelet pour l'ablation de tumeurs, traitement des fractures par la planchette, écharpe dite "de Mayor", etc.) mais ses inventions ne visent pas une meilleure organisation du travail chirurgical. Mayor est un artisan de la chirurgie, dans le sens qu'il entreprend chaque malade comme un cas particulier, qu'il s'agit certes de soigner de la meilleure manière possible – et c'est là qu'intervient le génie inventif de Mayor – mais qui ne constitue pas un cas parmi une série de malades qu'on prend en charge. Mayor pratique d'ailleurs beaucoup à domicile et non en milieu hospitalier, ce qui renforce l'organisation décentralisée et artisanale de son travail.

¹⁴ Voir Alfred D. Chandler, *La main visible des managers. Une analyse historique*, Paris, Economica, 1988 [1^{ère} édition anglaise 1977], 635 p.

¹⁵ Annuaire officiel du canton de Vaud, diverses années.

¹⁶ Voir chapitre 3, pp. 242-244.

¹⁷ Les sources parlent d'*Hospice cantonal* jusque dans les années 1860 puis d'*Hôpital cantonal*. Afin de ne pas créer de confusion, j'utilise uniquement la seconde appellation.

¹⁸ Voir chapitre 2, pp. 123ss.

¹⁹ Jean-Charles Biaudet, op. cit., p. 107.

La chirurgie dans le cadre de l'Hôpital cantonal jusqu'au milieu des années 1870

Dès 1806, l'Hôpital cantonal de Lausanne est divisé en deux services médicaux, l'un pour la médecine interne et l'autre pour la chirurgie. Jusqu'au milieu des années 1870, l'obtention d'un service hospitalier est une étape importante dans le cursus honorum des médecins de la bourgeoisie urbaine, dans la tradition de l'Ancien Régime. L'hôpital étant encore essentiellement une institution caritative et coercitive, le titre de *médecin hospitalier* a une forte connotation symbolique et philanthropique²⁰.

Tab.1 Hôpital cantonal, médecins-chefs du Service de chirurgie, 1806-1890

Années de fonction	Nom
1806-1847	Mathias Mayor (1775-1847)
1847-1863	Samuel Louis Larguier des Bancels (1806-1863)
1863-1866	Charles Pellis (1801-1877)
1866-1875	Louis Rouge (1833-1895)
1875-1887	Emile Dupont (1841-1901)
1883-1890	Victor Mercanton (1850-1910)
1887-1926	César Roux (1859-1934)

Dans la continuité de l'Ancien Régime, ce sont donc des représentants de la haute bourgeoisie vaudoise – le plus souvent de la ville de Lausanne – qui accèdent à ces postes. Mathias Mayor est issu d'une famille bourgeoise aisée de la Broye, liée à des banquiers privés neuchâtelois et lausannois, et fortement intégrée dans le milieu médical des Lumières. Il cumule les charges publiques et les honneurs : député au Grand Conseil (1808-1831), cofondateur de la Société des sciences médicales (1829) et professeur honoraire à l'Académie (1841)²¹. Quant à Samuel Larguier des Bancels, il est le fils d'un juge et préfet de Nyon, et se lie par son mariage à la famille lausannoise Mercier²². De même, Charles Pellis descend d'une famille de la vieille noblesse vaudoise. Il est le fils de l'homme d'affaires et politicien Marc-Antoine Pellis (1753-1809) et a entre autre pour frère un professeur de droit à l'Académie et député au Grand Conseil²³. Enfin, Louis Rouge provient d'un milieu identique. Issu d'une famille libérale lausannoise, il étudie dans des universités germaniques – Zurich, Strasbourg et Berne – et

²⁰ Cette caractéristique est largement répandue dans les divers hôpitaux d'Ancien Régime. Pour la Suisse romande, voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*, Genève, Georg, 2003, pp. 12-32.

²¹ Sur la vie de Mathias Mayor, voir Jean-Charles Biaudet, op. cit.

²² *DHBS*, vol. 4, p. 455 et Olivier Robert et Francesco Panese, *Dictionnaire des professeurs de l'Université de Lausanne dès 1890*, Lausanne, Université, 2000, p. 722.

²³ Il s'agit de Louis-Rodolphe Pellis (1791-1870) : avocat, député et professeur de droit. Sur la famille Pellis, voir *DHBS*, vol. 5, p. 241.

occupe une place d'interne à l'Hôpital général de Genève en 1858 et 1859, qui est alors un établissement contrôlé par les anciennes familles patriciennes anti-radicales²⁴. De retour à Lausanne, il siège au Conseil communal de la ville²⁵.

Jusqu'au milieu des années 1870, les chirurgiens de l'Hôpital siègent au Conseil de Santé, organe consultatif du Conseil d'Etat en matière de santé publique. On y rencontre en effet Mathias Mayor (1810-1847), Samuel Larguier (1847-1849 et 1863), Charles Pellis (1865-1866) et Louis Rouge (1867-1874)²⁶. Quant à la Commission des Secours publics, qui assure la gestion et le contrôle de l'Hôpital, elle est moins ouverte aux chirurgiens, puisque seul le Dr Larguier en est membre durant deux ans (1846-1847). Elle n'est pas pour autant un contre-pouvoir au corps médical, puisque plusieurs chefs du Service de médecine en sont membres²⁷. La mainmise des anciennes famille lausannoises sur le service hospitalier entraîne la réaction d'autres médecins désireux d'accéder à ces postes prestigieux. Ils tentent un coup de force au Grand Conseil en 1842. Un député demande qu'on étudie l'augmentation du nombre de médecins de l'Hôpital cantonal, mais se voit opposer le refus du Conseil de Santé, dans lequel siègent justement les deux médecins de l'Hôpital, les Drs Jean de La Harpe (médecine) et Mathias Mayor (chirurgie), qui affirment que les autres médecins de Lausanne cherchent à accéder à l'Hôpital « pour se créer un nom et une clientèle. »²⁸ Le Conseil de Santé écrit à la Commission des Hospices en 1842 pour affirmer son opposition aux subdivisions en spécialités : « La science progresse plus par ceux qui peuvent la faire avancer en suivant eux-mêmes ses progrès que par l'éparpillement et la dispersion de ses matériaux entre le plus grand nombre possible de mains [...]. Une rotation quelconque serait donc nuisible aux malades et ne profiterait que peu ou point aux vrais intérêts de la science. »²⁹

Il faut qu'un seul chirurgien fasse toutes les opérations car c'est pour lui le meilleur moyen d'apprendre et de s'améliorer : « Quatre officiers de santé pour si peu d'ouvrage seraient très tentés de se reposer les uns sur les autres. »³⁰ Il s'agit surtout pour les médecins hospitaliers de conserver un contrôle important sur le marché des soins en limitant l'obtention du titre

²⁴ Les années 1840 à 1860 voient un important conflit à Genève dans le domaine hospitalier entre l'Etat radical qui a adopté en 1846 le principe de la création d'un Hôpital cantonal public, et les anciennes familles patriciennes qui défendent l'Hôpital général d'Ancien Régime. Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 45-49. Louis Rouge épouse d'ailleurs la fille d'un médecin libéral genevois, le Dr Georges Pellissier.

²⁵ Sur Louis Rouge, voir *RMSR*, 1895, pp. 57-63.

²⁶ Annuaire officiel du canton de Vaud, diverses années.

²⁷ Les Drs Perey (1832-1834), de la Harpe (1835) et Verdeil (1836-1846) en sont membres. Annuaire officiel du canton de Vaud, diverses années.

²⁸ ACV, K VIII B 38, lettre du Conseil de santé à la Commission des Hospices, 27 décembre 1842.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Ibidem.

recherché de "médecin de l'Hôpital cantonal". L'accès à l'infrastructure hospitalière comme instrument de travail n'est pas encore un objet de revendication de la part du corps médical.

Ces médecins ne doivent pas la totalité de leur temps à l'Hôpital. Selon un règlement adopté en 1824, ils doivent faire une visite journalière dans leur service et gardent le reste du temps à disposition pour leur pratique privée, qui leur rapporte l'essentiel de leurs revenus³¹. Le Dr Mayor est un bon exemple de l'usage du prestige de son titre. S'il est bien connu pour plusieurs innovations médicales, il passe l'essentiel de son temps à soigner sa riche clientèle privée, qui lui assure la majeure partie de ses ressources. L'Hôpital n'est d'ailleurs pas équipé de matériel chirurgical spécifique, puisque la charge de chirurgien repose sur un praticien privé qui assure ce service : Mayor utilise ses propres instruments chirurgicaux, et Larguier en fait de même dans les années 1850³².

Si l'Hôpital n'est pas le lieu privilégié du travail de ses chirurgiens, il peut à l'occasion s'avérer un lieu d'expérimentation. C'est par exemple le cas du fils de Mayor, que ce dernier s'adjoit comme médecin assistant en 1845, et qui réalise la première anesthésie dans le canton de Vaud en février 1847. Ce geste, traditionnellement célébré comme l'entrée dans une nouvelle ère médicale, n'a pourtant aucun effet direct et immédiat sur la pratique chirurgicale à l'Hôpital cantonal vaudois, comme c'est d'ailleurs le cas dans la plupart des établissements hospitaliers. Mise au point à Boston en octobre 1846, l'anesthésie au moyen d'éther est en effet une innovation qui est très rapidement testée dans les hôpitaux occidentaux – pour la seule Suisse romande, des tentatives sont attestées en 1847 à Porrentruy et à Fribourg³³ – mais qui prend plusieurs décennies avant de se généraliser. Selon Martin Pernick, les effets bénéfiques de l'anesthésie (suppression de la douleur, facilitation du travail du chirurgien) sont atténués par des éléments d'opposition (danger de mort du malade, acte contre nature, toute-puissance du chirurgien, etc.) qui font que le recours à cette nouvelle technique résulte d'un choix du médecin et dépend en pratique beaucoup du type de malade auquel on a affaire³⁴. Ce n'est que dans les années 1880, notamment suite à la découverte de nouveaux produits anesthésiants tels que la cocaïne et à la diffusion des pratiques listériennes (qui

³¹ ACV, K VIII B 38, 1824.

³² ACV, K VIII A 42/1, protocoles des Hospices, 4 janvier 1851.

³³ Pierre-Yves Donzé, *L'hôpital bourgeois...*, op. cit., p. 92 et Alain Bosson, op. cit., p. 87.

³⁴ Martin S. Pernick, *A calculus of suffering. Pain, Professionalism and Anesthesia in Nineteenth-Century America*, New York, Columbia University Press, 1985, 421 p. D'après Pernick, « les femmes, les enfants, les personnes âgées, les Américains de naissance, les travailleurs expérimentés et les amputés ont généralement reçu une anesthésie plus fréquemment que les autres catégories sociales et médicales de patients des services de chirurgie. » (p. 194). La proportion de patients anesthésiés pour une amputation dans les grands hôpitaux américains de la fin du 19^e siècle est fort variable. Elle est par exemple de 100% au Massachusetts General Hospital après 1847, de 65% au New York Hospital en 1848-1851 et de 68% au Pennsylvania Hospital en 1853-1862 (p. 202).

nécessitent l'immobilisation du corps du malade), que le recours à l'anesthésie se généralise. En l'absence de données archivistiques utilisables, il n'est toutefois guère possible de savoir de quelle manière s'impose à l'Hôpital de Lausanne le recours systématique à l'anesthésie. D'après le travail de Marina Borboën sur les livres opératoires du service de chirurgie de l'Hôpital de Lausanne entre 1891 et 1930, les opérations sans anesthésie se montent toujours à près de 10% du total jusqu'en 1919, pour des interventions mineures ou désespérées (laparotomie, trachéotomie, etc.), puis se font plus rares³⁵. On ne sait en revanche rien des années qui précèdent 1891, au cours desquelles l'anesthésie s'impose comme en salle d'opération.

Vers le milieu du 19^e siècle, l'Hôpital occupe ainsi une place somme toute très secondaire dans la pratique professionnelle des chirurgiens lausannois. Or, une telle conception de la médecine hospitalière se heurte rapidement à la forte croissance du nombre des hospitalisations (672 malades au total en 1830 ; 1'259 en 1840 ; 2'206 en 1850) qui nécessite une présence médicale renforcée au sein de l'établissement. Le Conseil d'Etat désire remédier à cette carence³⁶ en nommant un médecin-interne (1835). Il s'agirait d'un jeune médecin ayant terminé ses études, qui serait nommé pour un temps déterminé et devrait tout son temps au service hospitalier. Les médecins de l'Hôpital ne voient aucun inconvénient à la nomination d'un interne, bien au contraire. Il s'agit en effet d'assurer le fonctionnement d'un établissement en forte croissance et dans lequel la médecine tend à prendre une place primordiale. L'arrivée de jeunes médecins internes permet ainsi d'assurer un service médical hospitalier continu, sans que les médecins chefs ne soient obligés d'abandonner leur pratique privée.

Le premier interne est nommé au milieu des années 1830 mais le poste est déjà supprimé en 1847 pour des raisons financières : le Conseil d'Etat préfère nommer un pharmacien à la tête de l'établissement, afin d'économiser sur les achats de médicaments. Cette décision entraîne un tollé dans les milieux médicaux. Le Conseil de Santé, appuyé par les médecins-chefs de l'Hôpital, défend âprement la présence d'un interne : « Un interne n'est pas seulement utile, mais nécessaire à l'hospice, il est important que les pansements soient faits ou surveillés par un homme de l'art ; les accidents consécutifs aux opérations, les malades ou les blessés qui entrent à l'hôpital après la visite des officiers de santé, réclament souvent des soins urgents,

³⁵ Marina Borboën, *Etude des livres opératoires de l'Hôpital cantonal de Lausanne de 1891 à 1930. Contexte et évolution de l'anesthésiologie*, Université de Lausanne, thèse de doctorat en médecine, 1996, pp. 120-126.

pour lesquels la présence presque continuelle d'un médecin devient indispensable. Quelques internes ont donné lieu à des plaintes graves mais la plupart ont rendu de grands services à l'Etablissement. »³⁷ Ces plaintes sont relayées au Grand Conseil par le Dr Charles Hoffmann, membre de la Commission des Secours publics et député, qui obtient que ce poste soit rétabli en 1849.

A la mort du Dr Larguier (1863), le Conseil d'Etat discute de l'importance du Service de chirurgie dans la formation pratique des médecins du canton et désire ouvrir le poste : en accord avec le Conseil de Santé et bon nombre de médecins vaudois, « le Conseil d'Etat décida que le chirurgien en chef de l'hôpital cantonal serait nommé pour six ans et que le chirurgien sortant de charge ne serait pas immédiatement rééligible. De cette manière, l'expérience que procure l'exercice de la chirurgie à l'hôpital sera mise à la portée d'un plus grand nombre de personnes, et, pendant toute la durée de vie d'homme, ces fonctions si utiles au développement de l'art chirurgical ne seront plus absorbées en faveur d'une seule individualité. »³⁸ Bien que cette mesure ne soit pas effective – puisqu'au départ du Dr Pellis (1866), le Dr Louis Rouge occupe la place pendant dix ans – elle révèle l'émergence d'une nouvelle manière de penser l'Hôpital, dans un sens beaucoup plus utilitariste, chez les autorités politiques et médicales, qui s'affirme au milieu des années 1870.

L'Hôpital n'étant que fort peu considéré par les chirurgiens comme un lieu de travail, il n'est pas surprenant qu'on ait affaire avant les années 1880 à une chirurgie classique, qui prend essentiellement en charge des victimes d'accidents (fractures, blessures, brûlures, articulations) ou d'affections qui ne seront plus reconnues comme *chirurgicales* par la suite, telles que les maladies des yeux, dont la diminution s'explique par le développement de l'Asile des aveugles de Lausanne. La présence de nombreux cas de syphilis avant les années 1880 (14.9% des affections en 1860 et 14.5% en 1870) s'explique quant à elle par une politique de contrôle très stricte à l'égard des prostituées qui se traduit notamment par l'enfermement en milieu hospitalier des syphilitiques, politique qui disparaît au milieu des années 1870³⁹.

Malgré le flou qui entoure les « maladies chirurgicales diverses », tout porte à penser que la chirurgie invasive est très peu présente à Lausanne avant l'arrivée de César Roux (1887). En

³⁶ En 1838, le Conseil de Santé adresse des remontrances au chirurgien Mathias Mayor pour ne pas s'être rendu assez rapidement à l'Hôpital afin de soigner un maçon. ACV, K VIII B 38, 1838.

³⁷ ACV, K VIII B 38, lettre du Conseil de Santé au Conseil d'Etat, 25 janvier 1848.

³⁸ CRCE, Département de l'Intérieur, 1863, p. 35.

effet, même s'ils sont déjà présents dans les années 1870, plusieurs nouveaux types d'affections s'affirment au cours des années 1880, comme les maladies des voies urinaires (4.4% en 1870, 6.1% en 1880 et 14.6% en 1889), les cancers (2.0%, 4.2% et 6.4%) et les tumeurs (4.3%, 9.3% et 10.3%).

Tab. 2 Types d'affections prises en charge par le Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Lausanne, en valeur absolue et en %, 1860-1880⁴⁰

	1860		1870		1880		1889	
Os et articulations	134	15.0	-	-	10	1.1	36	2.5
Fractures, blessures, brûlures	89	10.0	212	23.7	242	27.8	296	18.9
Luxations et hernies	26	2.9	15	1.7	23	2.6	62	4.0
Yeux	95	10.6	45	5.0	7	0.8	-	-
Syphilis	133	14.9	129	14.5	71	8.1	51	3.3
Caries, nécroses	-	-	108	12.1	113	12.9	229	14.6
Ulcères	-	-	73	8.2	51	5.8	86	5.5
Phlegmons, abcès	-	-	90	10.1	84	9.6	148	9.5
Voies urinaires	-	-	39	4.4	53	6.1	229	14.6
Cancers	-	-	18	2.0	37	4.2	101	6.4
Tumeurs	-	-	38	4.3	81	9.3	161	10.3
Maladies chirurgicales diverses	417	46.6	97	10.9	91	10.4	148	9.5
Rien	-	-	28	3.1	11	1.3	19	1.2
TOTAL	894	100.0	892	100.0	874	100.0	1'566	100.0

Il ne faudrait pas pour autant imaginer que l'Hôpital cantonal est un bastion du conservatisme médical rejetant les diverses innovations qui apparaissent au cours de la seconde partie du 19^e siècle. D'une part, il est probable que les chirurgiens en poste dans les années 1860 et 1870 ne maîtrisent pas ces nouvelles techniques médicales – ou ignorent leur existence – en raison d'une formation professionnelle qui date. Larguier et Pellis ont en effet tous deux étudié dans les années 1820 et exercé au départ dans des domaines sans lien apparent avec la chirurgie hospitalière. Avant leur nomination à la tête du Service de chirurgie, le Dr Larguier a exercé pendant plus de dix ans comme médecin généraliste à Vevey puis à Lausanne (1835-1847) et le Dr Pellis a occupé le poste de médecin de l'Asile d'aliénés (1833-1845). Quant au Dr Rouge, il étudie aux Universités de Zurich, Strasbourg et Berne (1852-1856) puis complète sa formation par des stages à Paris. Il occupe enfin une place d'interne à l'Hôpital général de

³⁹ Voir Morax Jean, *Cadastre sanitaire. Statistique médicale du canton de Vaud*, Lausanne, F. Rouge, 1899, pp. 95-102.

⁴⁰ CRCE, Département de l'Intérieur, 1860-1889. Le compte-rendu de 1860 est beaucoup moins détaillé que les suivants. Les types d'affections qui n'apparaissent pas cette année-là sont très probablement compris dans la catégorie « maladies chirurgicales diverses ».

Genève à une époque où la modernité de cette institution est remise en question par l'ouverture du nouvel Hôpital cantonal (1858-1859)⁴¹.

D'autre part, il faut aussi souligner que la révolution chirurgicale a ses limites, puisque les affections classiques, comme celles regroupées dans les catégories « fractures, blessures, brûlures » (18.9% des cas en 1889) et « caries, nécroses » (14.6%), continuent d'occuper une place importante au sein du Service de chirurgie. La première représente même en 1889 la principale catégorie de malades en nombre de cas. On n'assiste donc pas à un bouleversement de la pratique chirurgicale, mais plutôt l'émergence, puis à la lente affirmation, de nouveaux types de prise en charge au sein du Service de chirurgie, parmi les nombreuses affections plus classiques qui représentent toujours une part importante des hospitalisations.

Les changements des années 1870 et 1880

Vers le milieu des années 1870, des chirurgiens d'une nouvelle génération font leur apparition et influencent l'établissement. Ce n'est plus uniquement les liens sociaux et familiaux qui permettent l'accès au poste de médecin hospitalier, mais il semble que la formation devienne primordiale. Il faut aussi souligner le fait que l'Etat intervient plus fortement dans les affaires hospitalières au cours des années 1870, dans le but d'améliorer le fonctionnement de l'Hôpital cantonal et la prise en charge des malades⁴². Le Dr Emile Dupont, diplômé en 1865, exerce la fonction de médecin-chef de l'Hôpital de Saint-Loup pendant plusieurs années (1866-1874) avant d'être appelé à succéder au Dr Rouge en 1875⁴³. Quant au Dr Victor Mercanton, nommé aux côtés de Dupont lorsque le Service de chirurgie est dédoublé, dans le cadre du nouvel Hôpital (1883), il est issu de la prestigieuse école de Lücke, dont il a été assistant à Strasbourg en compagnie de deux médecins genevois, les Drs Charles Girard, prof. de clinique chirurgicale à l'Université de Genève (1904-1916), et Auguste Reverdin, prof. à l'Université de Genève (1883-1908) et fondateur de la première clinique privée genevoise⁴⁴. On n'a donc plus seulement affaire à des médecins généralistes fiers de leur titre de "médecin de l'Hôpital" mais à des hommes pour qui la chirurgie est une branche particulière de la médecine, qui se pratique essentiellement en milieu hospitalier.

⁴¹ Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 45-49.

⁴² Voir chapitre 2, pp. 128-136.

⁴³ *RMSR*, 1901, p. 343.

⁴⁴ *RMSR*, 1910, pp. 737-738.

Dupont se distingue par l'adoption de la méthode antiseptique vers 1875-1876⁴⁵. Souvent retenue dans l'historiographie comme une étape décisive dans l'avènement de la chirurgie hospitalière moderne, cette innovation est très controversée dans les années 1860 et 1870, essentiellement pour des raisons de justification théorique⁴⁶. La théorie des germes de l'Anglais Joseph Lister, principal concepteur de l'antisepsie, est en effet discutée parmi d'autres conceptions dans les cercles médicaux britanniques et européens. Elle ne s'impose véritablement qu'au cours des années 1880, notamment grâce aux succès de la bactériologie à laquelle Lister rattache sa théorie⁴⁷. Toutefois, malgré les difficultés rencontrées sur le plan théorique, de nombreux chirurgiens recourent, dès la fin des années 1860, à tout ou partie de la méthode antiseptique de Lister, pour des considérations pratiques : les plaies se soignent mieux et plus rapidement.

Le canton de Vaud connaît des débats similaires entre partisans et opposants de Lister, aussi bien à un niveau théorique que pratique, durant les années 1870 et 1880. La *Revue médicale de la Suisse romande* est une bonne illustration des nombreux débats contradictoires sur cette question. Comme en Grande-Bretagne, l'antisepsie est en effet essentiellement adoptée par certains chirurgiens pour des considérations pratiques – c'est une innovation qui fonctionne – mais elle se heurte à un problème de justification théorique, renforcé par la forte hausse des coûts de traitement qu'elle implique et dénoncée très tôt par les autorités hospitalières – dont celles de l'Hôpital cantonal de Lausanne⁴⁸. Dupont lui-même a une conception aériste de la santé qui n'est a priori pas favorable à l'adoption de la méthode listérienne. En effet, dans la présentation de son service chirurgical faite en 1876, il souligne l'apparente contradiction entre les « circonstances hygiéniques exceptionnellement favorables »⁴⁹ dans lesquelles se trouve une partie de son service, déplacée hors de la ville, en un lieu propice à l'exposition au soleil et à la circulation de l'air, et la forte présence de cas d'érysipèle et de pyémie. L'air pur et le soleil ne peuvent rien contre les infections post-opératoires, tandis que la méthode de

⁴⁵ Dupont, « Le service de chirurgie de l'Hôpital cantonal », in *RMSR*, 1876, pp. 253-257 et 294-302.

⁴⁶ Voir Michael Worboys, *Spreading Germs. Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1865-1900*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000, 327 p.

⁴⁷ Michael Worboys parle alors de « nouveau listérisme » (pp. 181ss).

⁴⁸ Ulrich Tröhler, « L'essor de la chirurgie », in *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 3, Paris, Seuil, 1999, pp. 244-245. La situation est identique à l'Hôpital cantonal de Genève, où l'antisepsie est adoptée par les profs. Julliard, Odier, Vaucher, etc. pour des raisons beaucoup plus pratiques que théoriques. Voir Philip Rieder, *La Faculté dans tous ses états : médecine, politique et société à Genève, 1876-1922*, Genève, Georg, à paraître. Dans une même perspective, Charles Hayter a montré que l'adoption des rayons X comme moyen thérapeutique ne découle pas d'une théorie scientifique expérimentée en laboratoire puis exportée dans les cliniques hospitalières car applicable, mais au contraire d'observations empiriques faites en clinique qui deviennent elles-mêmes théorie scientifique. Voir Charles R. R. Hayter, « The Clinic as Laboratory : The Case of Radiation Therapy, 1896-1920 », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1998, pp. 663-688.

⁴⁹ Emile Dupont, « Le service de chirurgie... », op. cit., p. 254.

Lister parvient à en guérir un grand nombre. Il explique ainsi que ce sont des considérations pratiques qui lui font adopter définitivement l'antisepsie : « ces résultats heureux et inattendus [...] je les attribue à la méthode désinfectante de Lister, que j'emploie maintenant exclusivement et de la façon la plus stricte. »⁵⁰ Il adopte ainsi des pansements de flanelle à la place de bandes de toile réutilisables. A plusieurs reprises, cette nouveauté est alors invoquée comme cause de la hausse des coûts du matériel médical par l'administration hospitalière⁵¹. Dupont reconnaît lui-même que « tout le matériel nécessaire est cher et même très cher. Mais il suffit d'un moment de réflexion [...] pour se convaincre que ce reproche ne peut pas constituer un argument sérieux. »⁵² A plus long terme, la méthode listérienne peut être en effet conçue comme économe : « Sans doute, le pansement est cher par lui-même, mais là où est l'économie certaine, c'est dans le fait de la guérison plus rapide, et par conséquent dans un nombre moins considérable de journées d'hôpital. Ajoutez à cela la disparition presque totale des complications infectieuses des plaies, la possibilité de pratiquer des opérations plus graves, comme, par exemple, l'ouverture des articulations, avec une immunité complète, la suppression, pour ainsi dire, de l'action du milieu ambiant, et l'on comprendra la faveur toujours croissante dont est entourée la méthode désinfectante de Lister. »⁵³. Dès 1875, Dupont reçoit des élèves infirmières de l'Ecole de La Source pour qu'elles assistent à des séances de pansements sur les malades où il leur enseigne probablement cette nouvelle méthode⁵⁴.

Dans une telle perspective, l'Hôpital n'est plus la seule maison des pauvres qu'il était depuis l'Ancien Régime, mais tend à devenir un endroit où l'on soigne des malades. Cette institution devient ainsi intéressante pour le corps médical, non pas – uniquement – pour des raisons honorifiques et symboliques, mais aussi pour des raisons de formation professionnelle. L'Hôpital devient un lieu dans lequel peut s'acquérir une formation pratique. C'est ce qui pousse les jeunes diplômés en médecine à revendiquer l'accès à un poste d'interne. En 1879, sept étudiants en médecine vaudois formés à l'Université de Bâle demandent qu'on accepte des médecins diplômés de toutes les Facultés de médecine suisses comme internes, sans nécessité de passer les examens vaudois. Ils aimeraient avoir « l'occasion de faire à Lausanne un internat qui présente [...] aux Vaudois beaucoup d'avantages. »⁵⁵

⁵⁰ Ibidem, p. 255. C'est moi qui souligne.

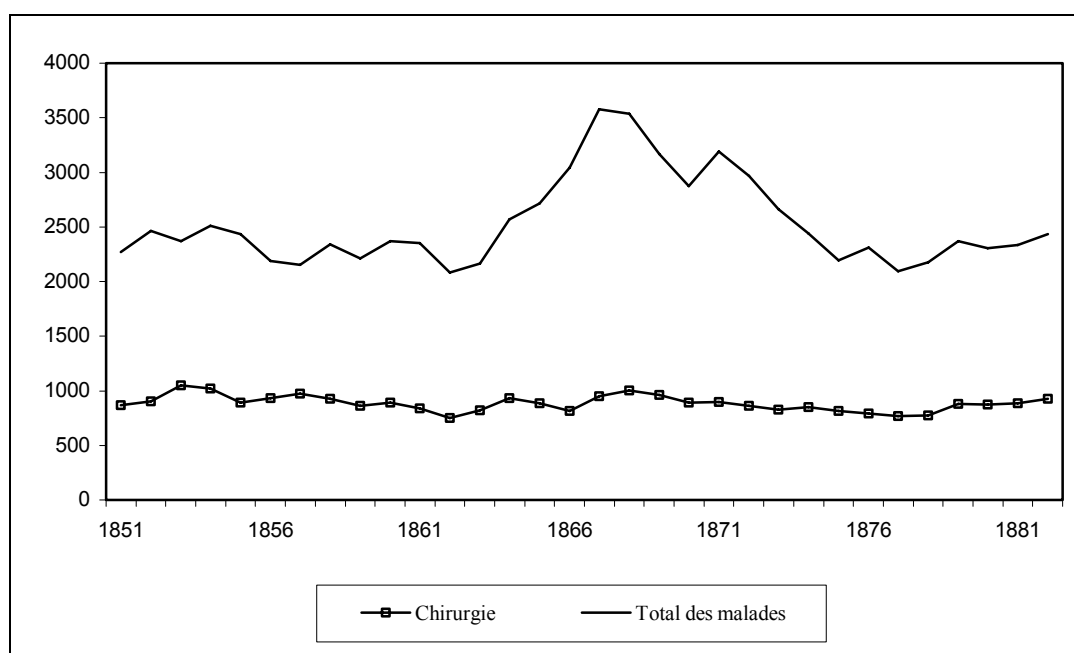
⁵¹ Ce que confirme l'analyse comptable. Voir chapitre 2, p. 133.

⁵² Dupont, « Le service de chirurgie... », op. cit., p. 297.

⁵³ Ibidem.

⁵⁴ ACV, K VIII B 61.

Graph.1 Nombre de malades hospitalisés à l'Hôpital cantonal de Lausanne et dans le Service de chirurgie, 1851-1882⁵⁶



Malgré ces améliorations qualitatives, les hospitalisations dans le Service de chirurgie restent extrêmement stables et révèlent la saturation de sa capacité d'accueil. Le nombre de malades de ce service oscille aux alentours de 900 par année. Ce problème n'est pas neuf : les autorités politiques parlent depuis le milieu des années 1860 de construire un nouvel hôpital hors de la ville pour remplacer les bâtiments datant des années 1760, ce qui est fait en 1883. L'ouverture de cet établissement de 470 lits est l'occasion d'une profonde réorganisation administrative et médicale⁵⁷. Les services de chirurgie et de médecine sont dédoublés et le resteront jusqu'à l'ouverture de la Faculté de médecine en 1890. Le second poste de chirurgien est accordé au Dr Victor Mercanton. L'Hôpital offre désormais des conditions-cadres favorables à la croissance des hospitalisations : on passe dans le Service de chirurgie de 1'036 malades en 1883 à 1'585 en 1890 et 2'345 en 1901⁵⁸.

L'arrivée de César Roux en remplacement de Dupont en 1887 s'inscrit donc dans une dynamique de croissance et de modernisation de l'Hôpital cantonal. Jeune chirurgien

⁵⁵ ACV, K VIII B 18, lettre collective au Département de l'Intérieur, 18 septembre 1879.

⁵⁶ ACV, CRCE, Département de l'Intérieur, 1851-1882. Les chiffres pour le Service de chirurgie ne sont pas disponibles avant 1851.

⁵⁷ Voir chapitre 2, pp. 137ss.

⁵⁸ ACV, CRCE, Département de l'Intérieur, 1883-1901. Les chiffres du Service de chirurgie ne sont plus connus après 1901.

ambitieux, il s'affirme disciple de Theodor Kocher et est bien décidé à faire rayonner dans le canton de Vaud la nouvelle chirurgie allemande acquise à l'Université de Berne.

2. La révolution industrielle de la chirurgie vaudoise : César Roux et l'école allemande (1880-1930)

César Roux est un véritable produit de la nouvelle chirurgie allemande. Après la fin de ses études médicales à l'Université de Berne, il devient en effet assistant chez Theodor Kocher (1881-1883) et effectue un voyage de plusieurs mois en 1881, véritable *peregrinatio academica* telle qu'elle est ancrée dans la tradition universitaire allemande au 19^e siècle, qui le conduit dans les cliniques de quelques sommités chirurgicales du moment, toujours dans l'espace germanique. Il effectue notamment des visites auprès de Billroth à Vienne et de Volkmann à Halle.

Plusieurs auteurs ont souligné le fait que César Roux est le premier chirurgien formé à la nouvelle école allemande à s'installer à Lausanne et qu'à ce titre, il est *naturel* que les autorités publiques le nomment chef de service à l'Hôpital cantonal, pour assurer la modernisation de leur établissement⁵⁹. Si l'importance de la formation de Roux dans son parcours professionnel est indéniable, il faut toutefois se garder d'une interprétation trop déterministe. D'une part, lorsque Roux s'installe à Lausanne en 1883, la chirurgie allemande est quelque chose de nouveau et d'inconnu, autant pour de nombreux collègues médecins que pour les autorités politiques. Roux doit donc dans un premier temps faire connaître – et surtout faire reconnaître – sa pratique, bien que n'ayant en principe aucun accès à une infrastructure hospitalière.

N'oublions pas d'autre part que l'excellence pratique ne débouche pas obligatoirement sur un poste de médecin-chef à l'Hôpital cantonal, ce d'autant plus que Roux ne provient pas d'une famille à tradition médicale. Il peut néanmoins compter sur un vaste réseau de liens familiaux et amicaux, notamment au sein du parti radical, qui lui permettent d'accéder à l'Hôpital, à un moment où ce parti met la main sur l'établissement⁶⁰.

⁵⁹ Cette explication est celle exposée dans les textes rédigés par ses élèves.

⁶⁰ Voir chapitre 2, pp. 135-136.

Theodor Kocher et l'école chirurgicale allemande : un modèle pour le développement de la chirurgie dans le canton de Vaud

De nouvelles techniques chirurgicales sont mises au point par des chirurgiens de l'espace germanique (Allemagne, Autriche-Hongrie, Suisse alémanique) au cours de la seconde moitié du 19^e siècle⁶¹. Bénéficiant à la fois de la maîtrise de conditions techniques favorables – anesthésie et antisepsie – et d'un cadre de travail propice à la recherche scientifique – l'université humboldtienne – les chirurgiens germaniques réalisent de nombreuses innovations qui se caractérisent notamment par leur dimension invasive, notamment en chirurgie abdominale et thoracique. Alors que jusque-là la pratique chirurgicale est essentiellement réduite à la prise en charge de pathologies externes, les chirurgiens germaniques en font une discipline fortement expérimentale qui vise à l'ouverture des corps pour agir directement sur les organes. Selon Ulrich Tröhler, « la chirurgie opératoire était [alors] dominée par l'idée de la résection et de l'extirpation, en lien avec le concept virchowien de maladie »⁶². Cette période se caractérise en effet par le traitement chirurgical de nombreuses affections relevant jusque-là de la médecine interne et « par la résection à visée curative des tumeurs, des foyers inflammatoires et d'autres tissus affectés. »⁶³

Parallèlement à cette dimension technique, il faut souligner une caractéristique organisationnelle qui joue aussi en faveur de l'affirmation du modèle allemand. L'organisation hospitalo-universitaire allemande, qui privilégie la proximité entre facultés de médecine, cliniques universitaires et laboratoires de recherche, s'avère propice à l'adoption d'innovations techniques en milieu hospitalier et à la concentration du travail médical dans les cliniques hospitalières. L'hôpital devient ainsi le lieu "naturel" de la pratique chirurgicale et permet la pleine affirmation d'un système technique médical industrialisé.

Le modèle allemand possède un indéniable attrait sur les médecins suisses. Même à Genève, ville traditionnellement tournée vers la médecine parisienne, la jeune génération de médecins qui promeut la Faculté de médecine au début des années 1870 est fascinée par la médecine allemande, à l'image du chirurgien Gustave Julliard qui, bien que formé à Paris, est défenseur d'une médecine hospitalière calquée sur le modèle allemand⁶⁴. De même, avant l'ouverture

⁶¹ Voir par exemple Hans Killian, *Meister der Chirurgie und die Chirurgeschulen im gesamten deutschen Sprachraum*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1980, 492 p. et Ulrich Tröhler, « L'essor de la chirurgie », op. cit., pp. 246-247.

⁶² Ulrich Tröhler, « Surgery (modern) », in W. F. Bynum et Roy Porter, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, Londres/New York, Routledge, 1993, vol. 2, p. 992. Le médecin et anthropologiste allemand Rudolf Virchow (1821-1902) est le fondateur de la pathologie cellulaire.

⁶³ Ulrich Tröhler, « L'essor... », op. cit., p. 251.

⁶⁴ Le Dr Julliard fait notamment connaître sa position dans une brochure qu'il publie en 1870 et dans laquelle il compare l'Hôpital cantonal de Genève à celui de Zürich – dont le service de chirurgie est dirigé par Billroth dans

des Facultés de médecine de Genève (1876) et de Lausanne (1890), la plupart des médecins fribourgeois se forment dans une université allemande⁶⁵. En Suisse romande, l'un des principaux promoteurs de cette nouvelle chirurgie est un élève de Billroth et de Lücke, le Dr Theodor Kocher, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Berne pendant 45 ans (1872-1917) et prix Nobel de médecine (1909)⁶⁶.

Kocher et les chirurgiens romands

L'Université de Berne est un lieu de formation essentiel pour les jeunes médecins romands. Parmi les 9'800 étudiants et la centaine d'assistants qui sont formés par Kocher au cours de sa carrière⁶⁷, plusieurs se distinguent dans la mise en œuvre de cette nouvelle chirurgie dans le cadre d'hôpitaux modernisés, aussi bien dans le canton de Vaud qu'ailleurs en Suisse romande. En ce qui concerne le canton de Vaud, il faut tout d'abord retenir le nom de César Roux, qui deviendra à son tour le maître de toute une génération de chirurgiens, mais aussi ceux de ses contemporains Armand Givel, médecin à l'Infirmerie de Payerne, et Louis Perret, chirurgien à Lausanne et ami de Roux, tous disciples de Kocher. Signalons aussi deux élèves de son collègue, le Dr Paul Niehans, médecin-chef de l'Hôpital de l'Île et professeur de chirurgie : les Drs Paul Niehans jr – son fils – et Charles Perret – son beau-fils. Tous deux jouent un rôle marquant dans le développement de la chirurgie hospitalière à Montreux et à Vevey dans les années 1900.

Tab. 3 Elèves de Kocher en poste dans les hôpitaux romands

Nom	Carrière
Roux César	prof. de chirurgie à Lausanne
Perret Louis	chirurgien à Lausanne
Givel Armand	chirurgien à Payerne
Kummer Ernest	prof. de chirurgie à Genève
Pettavel Charles	chirurgien à Neuchâtel
Coulon William de	chirurgien à Neuchâtel
Delaloye Léonce	chirurgien dans le Valais
Quervain de Fritz	chirurgien à La Chaux-de-Fonds ; prof. de chirurgie à Bâle et à Berne
Cuttat Emile	chirurgien à St-Imier
Neuhaus Frank	chirurgien à Moutier

les années 1860 – afin de démontrer la capacité du premier à devenir universitaire. Cité par Philip Rieder, *La Faculté dans tous ses états...*, op. cit.

⁶⁵ Alain Bosson, *Histoire des médecins fribourgeois (1850-1900). Des premières anesthésies à l'apparition des rayons X*, Fribourg, Université, 1998, 225 p.

⁶⁶ Ulrich Tröhler, *Der Nobelpreisträger Theodor Kocher, 1841-1917. Auf dem Weg zur physiologischen Chirurgie*, Bâle, Birkhauser, 1984, 240 p.

Les élèves de Kocher n'ont pas seulement exercé la chirurgie dans le canton de Vaud, à l'image du prof. Ernest Kummer, qui occupe la chaire de chirurgie de la Faculté de Genève (1916-1933) au départ de Girard, lui-même formé dans une Faculté germanique (Lücke)⁶⁸. De telles nominations, dans une Faculté plutôt influencée par la médecine française et dominée par la filière parisienne, illustrent le prestige et la renommée de la chirurgie allemande⁶⁹. Dans le canton de Neuchâtel, il faut relever le rôle important que jouent les Drs de Coulon, Pettavel et de Quervain dans l'établissement d'une nouvelle chirurgie. Le Dr William de Coulon est chirurgien-consultant dans plusieurs hôpitaux de la campagne neuchâteloise dès les années 1900 (Hôpital de la Béroche à St-Aubin, Hôpital de Landeyeux dans le Val-de-Ruz) et à l'Hôpital Jeanjaquet pour enfants en ville de Neuchâtel. Lors de l'ouverture du nouvel Hôpital de la Ville de Neuchâtel aux Cadolles, il est nommé chef du service de chirurgie (1914-1933). Quant au Dr Pettavel, il officie en ville de Neuchâtel dès 1917, d'abord dans sa clinique privée, puis succède à de Coulon en tant que chirurgien-chef de l'Hôpital des Cadolles (1933-1951). Dans les Montagnes neuchâteloises, la chirurgie hospitalière se développe grâce au Dr de Quervain, chef du service de chirurgie de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds (1897-1910) et chirurgien consultant à l'Hôpital du Locle à la même époque. Il se distingue par son esprit innovateur et met au point de nombreux appareils chirurgicaux, dont une table d'opérations qui est produite par la maison Schaerer, de Berne, et qui connaît un succès mondial⁷⁰. Par la suite, Fritz de Quervain est nommé professeur de chirurgie à Bâle (1910) puis à Berne où il succède à son maître Kocher (1918)⁷¹. Enfin, de nombreux médecins aux destinées moins prestigieuses mais tout autant importants dans la modernisation des infrastructures hospitalières sont issus de l'école Kocher, à l'image du Valaisan Léonce Delaloye, médecin de l'Infirmierie de Monthey et de la Clinique St-Amé de St-Maurice, ou des Jurassiens Emile Cuttat, chirurgien de l'Hôpital de St-Imier (1901-1928), et Frank Neuhaus, médecin-chef et chirurgien de l'Hôpital de Moutier (1902-1935)⁷².

⁶⁷ Hans Killian, op. cit., p. 401.

⁶⁸ Marc Cramer et Jean Starobinski, *Centenaire de la Faculté de médecine de l'Université de Genève (1876-1976)*, Genève, Médecine & Hygiène, 1976, 165 p. Cette plaquette contient les biographies des premiers professeurs de la Faculté de Genève.

⁶⁹ Bien que largement francophile, la Faculté de Genève n'hésite pas à nommer des médecins issus de filières germaniques pour certains enseignements, surtout pour des raisons de prestige et de reconnaissance. Voir Philip Rieder, *La Faculté dans tous es états...*, op. cit.

⁷⁰ Voir ci-dessous, pp. 39ss.

⁷¹ Sur de Quervain, voir Georges Terrier, « Le Dr Fritz de Quervain à la Chaux-de-Fonds (1894-1910) », in *RMSR*, 1998, pp. 193-201

⁷² Sauf mention contraire, ces informations biographiques sont tirées de la *RMSR*.

L'influence et le prestige de Kocher dans la chirurgie suisse s'incarnent dans la fondation de la Société suisse de chirurgie en 1913. Réunis à son initiative, dans sa Clinique chirurgicale universitaire de Berne, 112 chirurgiens assistent à l'assemblée constitutive de la société et élisent Kocher au poste de président (1913-1916). Lui succèdent ensuite ses élèves en poste dans les chaires chirurgicales de Lausanne (César Roux, 1917-1918), de Bâle (Fritz de Quervain, 1919-1920) et de Genève (Ernst Kummer, 1921-1922). En participant à la fondation de cette société, Roux s'affirme disciple de Kocher et de l'école allemande. Plusieurs de ses propres élèves participent par la suite aux travaux de cette société : Henri Vulliet (1921-1922), Gustave Clément (1931-1934) et Pierre Decker (1939-1954) siègent dans son comité. Un grand nombre présentent des communications lors des réunions de la société (Samuel Cuendet, Henri Curchod, Pierre Decker, Henri-César Krafft, Placide Nicod, Henri Paschoud, Gustave Piotet)⁷³.

La production de matériel chirurgical : un fruit de l'école allemande

La maîtrise de nouveaux savoir-faire chirurgicaux ne suffit pourtant pas par elle-même à révolutionner la médecine hospitalière d'un pays. Encore faut-il se donner les moyens gestionnaires et financiers de la diffusion à très large échelle de cette nouvelle chirurgie : les diverses réorganisations administratives dont sont l'objet les établissements hospitaliers dès la fin du 19^e siècle vont dans ce sens. Quant à la pratique chirurgicale elle-même, elle tend à se mécaniser fortement dans les années 1890-1900, avec l'adoption de nouveaux instruments chirurgicaux, de nouvelles tables d'opérations et de nouveaux types de stérilisateurs. Le recours à divers objets techniques produits en série entraîne une standardisation de la pratique chirurgicale⁷⁴, qui favorise elle-même le passage à une chirurgie de masse.

Cette mécanisation de la chirurgie implique l'existence d'une industrie productrice de matériel chirurgical. L'implantation géographique des diverses entreprises suisses actives dans ce domaine en 1947 (voir tab. 4 ci-dessous) montre que ce sont surtout les centres industriels alémaniques qui ont vu se développer de telles sociétés, soit des régions dans lesquelles le transfert technologique de la mécanique vers la chirurgie est facilité par la proximité – géographique mais surtout familiale et sociale – entre élites médicales et industrielles. A cet égard, l'exemple des tables d'opérations à plateaux autonomes mises au

⁷³ Sur la Société suisse de chirurgie, voir *Société suisse de chirurgie, 1913-1963*, Bâle, Schwabe, 1963, 70 p.

⁷⁴ Voir à ce propos l'excellent ouvrage de Thomas Schlich, *Surgery, Science and Industry. A Revolution in Fracture Care, 1950s-1990s*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2002, pp. 46-64. Utilisant l'exemple du traitement des fractures dans les années 1950 et 1960, Schlich met en évidence l'influence de la production

point par de Quervain est révélateur. Bien qu'en poste à La Chaux-de-Fonds – soit au cœur de l'arc horloger – au moment de leur conception (vers 1900-1905), ce dernier ne s'approche pas d'industriels jurassiens pour leur production. Il se tourne plutôt vers Moritz Schaerer, un mécanicien de Berne, lieu dans lequel de Quervain a gardé de fortes attaches : il est privat-docent à la Faculté de médecine de cette ville et succède à Kocher en 1918.

Tab. 4 Entreprises de production de matériel chirurgical en Suisse, 1947⁷⁵

Canton – région	Lausanne	Berne (ville)	JU - Bienne	Genève	BS – BL	ZH	SG
Nombre d'entreprises	2	5	2	1	4	2	2
dont entreprises liées à Wander	2	1	1	-	-	-	-

Les entreprises de matériel chirurgical ne sont toutefois pas absentes de Suisse romande, mais dépendent de savoir-faire et/ou de capitaux alémaniques. La société genevoise Maurice Bovard, Otto Schlatter & Cie est en effet dirigée par un Alémanique, Otto Schlatter. Dans le Jura, la maison ISBA SA est bien née d'un transfert technologique de l'horlogerie vers la médecine, puisqu'elle est fondée en 1943 par un important industriel de la boîte de montres, Ervin Piquerez, avec l'apport de capitaux bernois de la maison Wander AG⁷⁶. Cette dernière est aussi engagée financièrement dans les deux entreprises lausannoises de Pierre-Jean Guisan⁷⁷, la Fabrique d'aiguilles hypodermiques SA (1936) et Microtube SA (1944). Elle possède en outre des intérêts dans la maison bernoise Intramed AG. Ainsi Guisan est-il l'un des seuls Vaudois à s'engager dans le business de la fabrication de matériel médico-chirurgical⁷⁸.

industrielle de matériel chirurgical interchangeable et compatible sur la standardisation des procédures chirurgicales.

⁷⁵ Informations tirées de l'annuaire *Kompass*, 1947. Référence communiquée par François Kohler que je remercie amicalement. Ces annuaires n'existent pas avant 1947.

⁷⁶ Voir Jean-Daniel Kleisl, *Le patronat de la boîte de montre dans la vallée de Delémont. L'exemple de E. Piquerez SA et de G. Ruedin SA à Bassecourt (1926-1982)*, Delémont, Alphil, 1999, pp. 90-91.

⁷⁷ Pierre Jean Guisan (1912-1965) : fils du Dr Pierre Guisan, fondateur de la Clinique Boismont. Source : *DHS*.

⁷⁸ Relevons toutefois les tentatives avortées de la maison Paillard & Cie de mettre au point une machine à purifier l'air, testée sans succès à l'Hôpital cantonal de Lausanne en 1909, ainsi que de la société lausannoise Pro Chirurgica SA, née de la rencontre d'un financier vaudois et d'un mécanicien alémanique (1937-1941). Sources : ACV, K VIII B 95 (sur Paillard) et *FOSC* (sur Pro Chirurgica).

*Un exemple d'entreprise de matériel chirurgical : la maison Schaerer*⁷⁹

La société Schaerer est, avec l'entreprise saint-galloise Hausmann AG, le principal producteur suisse de matériel chirurgical et joue donc un rôle déterminant dans la mécanisation et la standardisation de l'activité chirurgicale. Cette maison est fondée par un mécanicien bernois, Moritz Schaerer, en 1893, dans le but de fabriquer et de commercialiser des instruments chirurgicaux et orthopédiques. Schaerer collabore rapidement avec un élève de Kocher, le Dr Fritz de Quervain. Ensemble, ils mettent au point un type nouveau de table d'opérations (8 brevets déposés entre 1900 et 1942), faite de plusieurs plateaux autonomes et mobiles, qui permettent au chirurgien de donner au corps du malade une forme adéquate à l'opération entreprise. Selon les propres mots de son concepteur, cette invention doit permettre « l'adaptation des nouveaux moyens de la mécanique à la nouvelle technique opératoire abdominale. »⁸⁰

Quant à la maison Schaerer, elle explique dans une publication qu'« une table d'opérations, pour répondre à son but, doit s'adapter à toutes les exigences de la chirurgie moderne. Avant tout elle doit être construite de telle façon que le malade puisse prendre toutes les positions nécessaires et pour que les changements se produisent très rapidement. »⁸¹ Ainsi, l'originalité de la table de Quervain est d'adapter le corps humain à une chirurgie dont les différents gestes sont de plus en plus décomposés. Cette véritable mécanisation de la chirurgie se traduit par l'explosion du volume des manuels d'enseignement de cette branche : entre la première édition du très classique *Chirurgische Operationslehre* de Theodor Kocher (1892) et la cinquième édition publiée en 1907, on passe de quelque 200 pages à près de 1'100 pages⁸². Comme l'a montré Thomas Schlich dans le cas de l'ostéosynthèse, l'adoption par le corps médical d'un matériel produit industriellement et fortement standardisé est un facteur essentiel de la réussite et de la diffusion à large échelle de méthodes médicales nouvelles⁸³. La table de Quervain permet ainsi d'adopter en chirurgie une méthode de travail fondée sur l'interchangeabilité (des malades) et la production en masse (de soins), comme cela se fait depuis quelques décennies dans d'autres secteurs économiques.

⁷⁹ Sources : FOSC, base de données des brevets suisses www.espacenet.ch (consulté en juillet 2003) ainsi que le fonds F 201 conservé aux Schweizerische Wirtschaftsarchiv à Bâle.

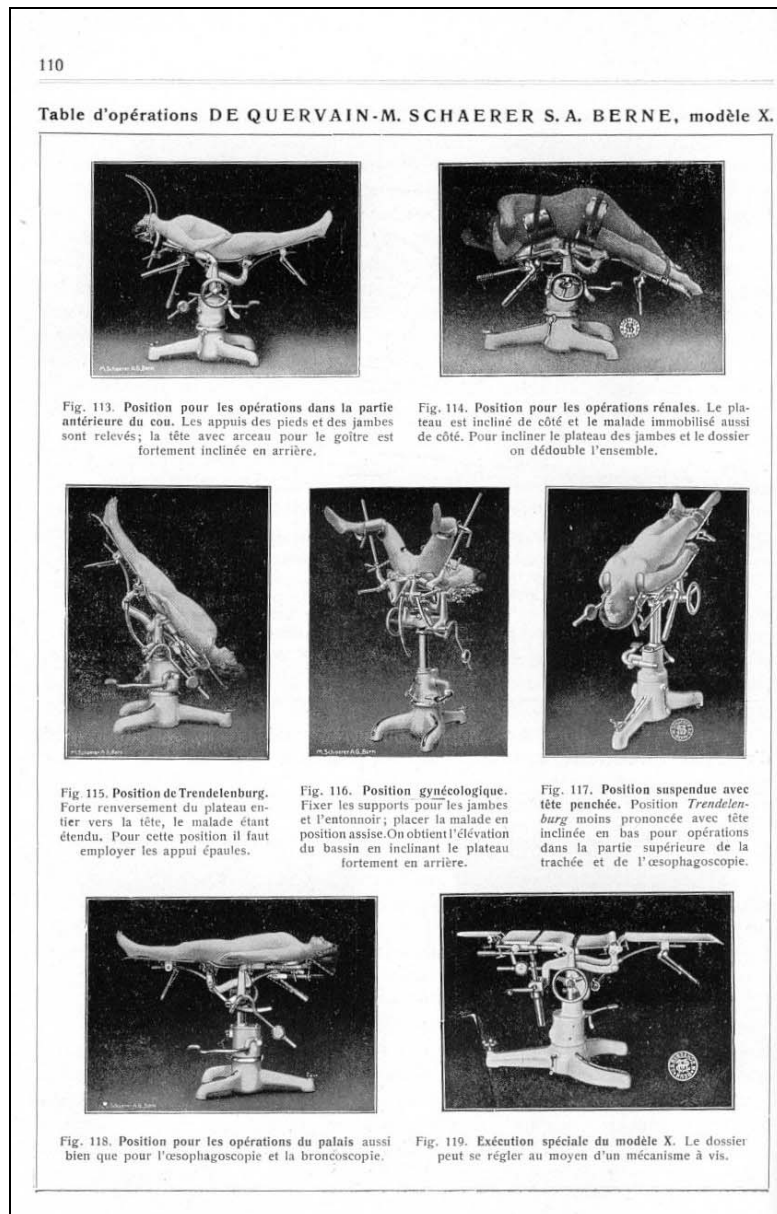
⁸⁰ Témoignage de Quervain à la Société médicale neuchâteloise, 1939, non publié et cité dans Ulrich Tröhler, « F. de Quervain, chirurgien pratique à La Chaux-de-Fonds (1895-1910) : Un esprit physiopathologique à la conquête d'un terrain nouveau », in *Gesnerus*, 1975, p. 202.

⁸¹ *La construction...*, op. cit., p. 107.

⁸² Ulrich Tröhler, « L'essor... », op. cit., p. 247.

⁸³ Thomas Schlich, op. cit.

Fig. 2 Table d'opérations de Quervain-Schaerer, modèle X⁸⁴



De Quervain présente son objet au premier Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, à Bruxelles en 1905, ainsi que dans la prestigieuse *Zentralblatt für Chirurgie* l'année suivante⁸⁵. Cette table « construite exclusivement [...] en séries identiques »⁸⁶ connaît un succès remarquable : il en aurait été vendu près de six cents dans le monde en quelques années⁸⁷, sans compter les innombrables copies et contrefaçons dont elle aurait été l'objet⁸⁸.

⁸⁴ *La construction des hôpitaux modernes et leurs installations. Ouvrage destiné à l'usage des médecins, architectes, ingénieurs, techniciens, personnel d'administration, étudiants et praticiens*, Berne, Maison Schaerer SA, 1930, p. 110.

⁸⁵ Fritz de Quervain, « Zur Operationstischfrage », in *Zentralblatt für Chirurgie*, 1906, pp. 321-323.

⁸⁶ *La construction...*, op. cit., p. 108.

⁸⁷ Georges Terrier, « Le docteur Fritz de Quervain... », op. cit., p. 196.

Le Dr de Quervain réalise aussi des installations de stérilisation au début de sa carrière, à La Chaux-de-Fonds. Ancien élève du bactériologue Ernst Tavel, professeur à Berne, qui préconisait la stérilisation du matériel opératoire, de Quervain met au point avec la maison Schaerer à la fin des années 1890 « des autoclaves pour des besoins hospitaliers. Les appareils fournis par [Schaerer] furent les premiers de sa fabrication. C'étaient des appareils à deux atmosphères de surpression, travaillant avec des températures de 120 à 130°C, tandis que presque tous ses concurrents se contentaient d'autoclaves du principe de Schimmelbusch, avec une demi atmosphère de surpression au maximum. »⁸⁹ Produites en série par la maison Schaerer (9 brevets déposés entre 1902 et 1939), ces installations de stérilisation sont également des réussites commerciales.

De Quervain n'est toutefois pas le seul médecin à travailler pour Schaerer. Les prof. Arnd, Kocher et Tavel participent de même à la conception de matériel chirurgical et de stérilisation. Hors de Suisse, relevons aussi l'exemple de la collaboration avec les prof. Spiess et Voss, médecins à la clinique ORL de l'Hôpital de la ville de Francfort⁹⁰. La proximité avec le monde médical est ainsi activement recherchée par la maison Schaerer, qui nomme à son conseil d'administration le Dr Eugen Bircher, chirurgien-chef de l'Hôpital d'Aarau et célèbre médecin militaire⁹¹.

La production en série de ce matériel chirurgical est rendue possible par l'intervention de financiers externes qui permettent le fort développement de l'entreprise. Dès le début des années 1900, Schaerer cherche à agrandir son atelier établi dans la vieille ville de Berne, à passer à un stade industriel de la production et à étendre son marché hors des seuls réseaux médicaux bernois. Il transforme son entreprise en société anonyme en 1903 grâce au soutien financier d'un commerçant bernois. Des succursales et des dépôts de vente sont ouverts dans plusieurs villes d'Europe (Berlin, Bruxelles, Genève, Lausanne et Londres). Les succès enregistrés à l'échelle internationale attirent alors les convoitises et la maison Schaerer est rachetée en 1920 par la société allemande INAG AG. Le capital-actions de Schaerer est porté à cinq millions de francs en 1923, avec l'engagement aux côtés des hommes d'affaires

⁸⁸ Dans son ouvrage publié en 1930, la maison Schaerer écrit que « nous prévenons notre clientèle que l'on trouve dans le commerce beaucoup de tables qui sont offertes sous le nom *de Quervain* et qui ressemblent à notre modèle original de Berne ; ces contrefaçons sont offertes à des prix en apparence très avantageux. Nous avertissons l'acheteur de se méfier de ces contrefaçons. » in *La construction...*, op. cit., p. 111. De même, de Quervain écrit à sa femme en 1908 qu'il a observé au 2^e Congrès International de Chirurgie de Bruxelles « au moins trois imitations de [ma table], déplorables comme travail et mal combinées dans le détail. », cité par Ulrich Tröhler, « F. de Quervain... », op. cit., p. 203.

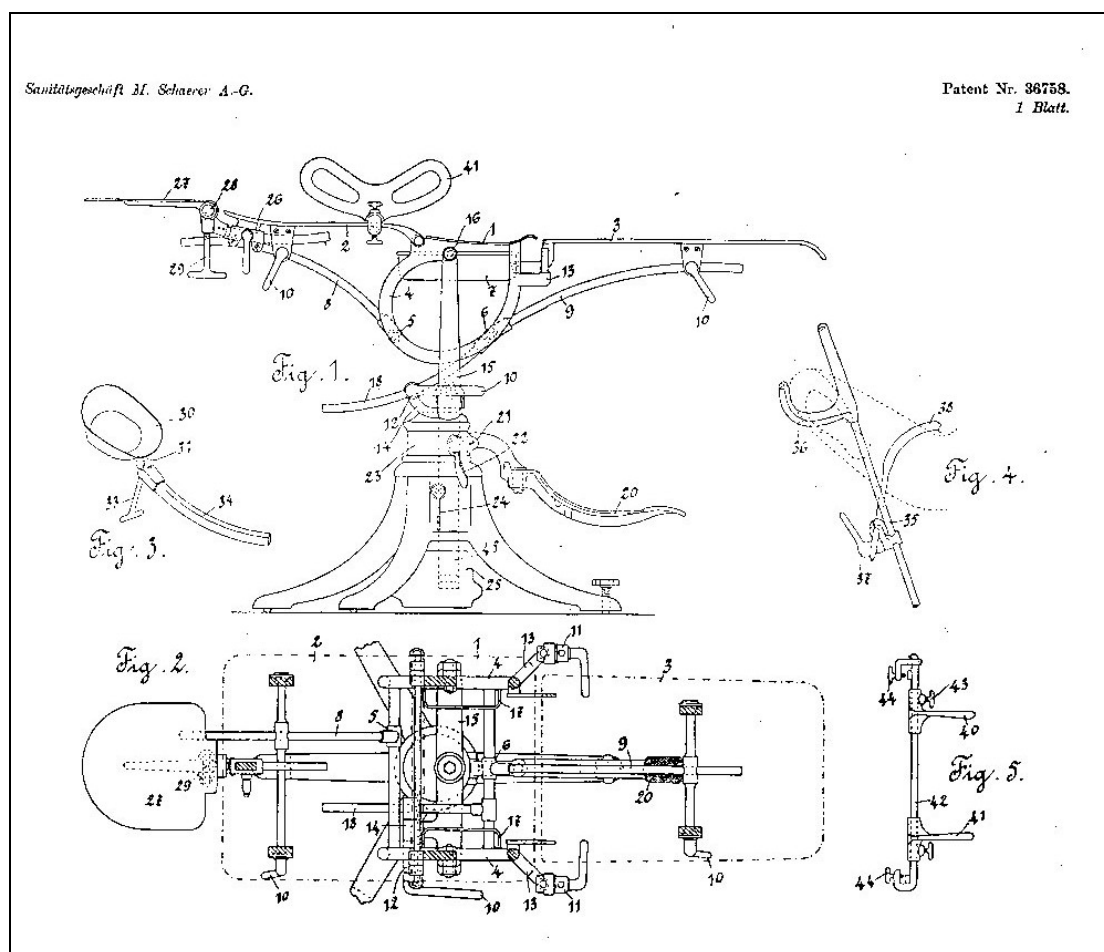
⁸⁹ Témoignage de Quervain cité par Ulrich Tröhler, « F. de Quervain... », op. cit., p. 202.

⁹⁰ *La construction...*, op. cit.

⁹¹ Voir p. 87.

allemands du Crédit Suisse dont un membre de la direction, Rudolf Bindschedler⁹², siège au conseil d'administration de Schaerer. Le groupe allemand Siemens, auquel appartient INAG, ambitionne dans l'entre-deux-guerres de s'imposer comme le leader européen – mondial ? – dans cette branche, ce qui explique l'intérêt de capitalistes allemands pour l'entreprise bernoise. C'est donc une société en très fort développement et aux larges ambitions qui intervient dans la mécanisation et la standardisation de la chirurgie durant les années 1890-1940⁹³.

Fig. 3 Table d'opération de Quervain produite par Schaerer SA, 1906⁹⁴



⁹² Rudolf Bindschedler (1883-1947) : Dr en droit, secrétaire du comité du Vorort (1906), directeur du Crédit suisse (1919), membre de nombreux conseils d'administration (Nestlé, Elektrobank, etc.). Voir Jean-Daniel Kleisl, *Electricité suisse et Troisième Reich*, Zurich/Lausanne, Chronos/Payot, 2001, p. 124.

⁹³ La société Schaerer connaît d'importantes difficultés durant la Seconde Guerre mondiale, suite à la fermeture des marchés non allemands. Elle est reprise par des financiers suisses en 1959.

⁹⁴ Source : www.espacenet.ch (consulté en juillet 2003), brevet suisse n°36'758 déposé le 4 avril 1906.

Dans le canton de Vaud, Roux et de Quervain jouent un rôle considérable dans les succès commerciaux de cette entreprise. En effet, les deux grands producteurs suisses de matériel chirurgical, l'entreprise bernoise Schaerer et le saint-gallois Hausmann, se battent pour le marché vaudois dans les années 1900. Purement alémaniques, elles n'ont semble-t-il pas de liens directs avec des médecins vaudois. Aussi est-il déterminant pour elles d'obtenir le soutien de César Roux à Lausanne. La maison Hausmann lui écrit en 1900 que « vous avez bien voulu [...] promettre [à la maison Schaerer] votre protection et c'est pourquoi nous nous permettons de vous demander si, dans ce cas, vous n'auriez pas aussi quelques égards envers nous. Vous comprendrez sans doute que nous ne pouvons renoncer à tous nos clients et que malgré Mr Schaerer, nous établirons à Lausanne ce que [...] nous n'avons fait plus tôt. »⁹⁵ Mais c'est en fin de compte Schaerer qui l'emporte en ville de Lausanne, avec l'ouverture d'une succursale en 1903⁹⁶. Le succès de Schaerer dans le canton de Vaud résulte aussi de l'intervention de Quervain qui, en 1897, fonctionne comme expert pour l'équipement du nouvel Hôpital de Saint-Loup, qui deviendra lui-même une référence dans le monde hospitalier romand⁹⁷. De même, les autorités administratives de l'Hôpital de Montreux recourent à Roux en 1909 pour superviser l'organisation et l'équipement de leur nouveau service de chirurgie⁹⁸. Enfin, Roux autorise Schaerer à insérer son nom dans la liste des médecins cités en référence dans les catalogues publicitaires de la société bernoise publiés dans les années 1900, parmi une quinzaine de personnalités médicales, essentiellement bernoises⁹⁹. Forte de ces succès, la société Schaerer se fait un acteur incontournable du développement hospitalier dans l'entre-deux-guerres. Elle publie ainsi en 1930 un ouvrage de référence sur le sujet, intitulé *La construction des hôpitaux modernes et leurs installations. Ouvrage destiné à l'usage des médecins, architectes, ingénieurs, techniciens, personnel d'administration, étudiants et praticiens*¹⁰⁰. Au cours des années 1930 et 1940, elle met au point des innovations qui permettent la rationalisation de l'organisation hospitalière, tels qu'une machine à peler les légumes (un brevet déposé en 1943) et des chariots de transport de repas (trois brevets déposés en 1948-1950)¹⁰¹. L'intérêt pour les questions d'infrastructure hôtelière est pourtant déjà ancien. Il apparaît au cours de la Première Guerre mondiale. Durant

⁹⁵ ACV, Fonds César Roux, lettre de la maison Hausmann à César Roux, 12 mai 1900.

⁹⁶ Selon la *FOSC*.

⁹⁷ Voir chapitre 3, pp. 262ss.

⁹⁸ Hôpital de Montreux, rapport annuel, 1909.

⁹⁹ Les seuls Romands cités sont Roux et Galli-Valerio à Lausanne et Jaunin à Genève.

¹⁰⁰ *La construction...*, op. cit.

¹⁰¹ Dans l'après-guerre, la société Schaerer abandonne petit à petit la production de matériel chirurgical et s'oriente vers la production de machines à café – grâce à une maîtrise technique de la vapeur sous pression issue des stérilisateur médicaux – domaine dans lequel elle est toujours active aujourd'hui.

les années 1920, Schaerer fournit des installations de cuisine aux grands hôtels de Suisse, dont l'Hôtel Cecil de Lausanne (1926).

C'est pourtant bien la table d'opérations à plateaux autonomes de Schaerer qui reste le meilleur symbole de la modernité chirurgicale. Elle fait son apparition dans les hôpitaux lorsqu'ils réorganisent leur service médical (Hospice orthopédique 1928, Château-d'Oex 1948, Clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal 1949, etc.).

Roux à Lausanne : la chirurgie allemande et les réseaux radicaux

Ainsi que l'ont relevé tous ses biographes, César Roux est le premier médecin formé à cette nouvelle chirurgie allemande à s'installer dans le canton de Vaud. Le lien de cause à effet n'est pourtant pas automatique entre la formation professionnelle du jeune médecin et sa nomination à l'Hôpital cantonal puis à la Faculté de médecine. Il faut en effet s'imposer dans le corps médical comme un chirurgien novateur et bénéficier de la reconnaissance de ses pairs. Mais la reconnaissance scientifique et professionnelle n'est pas tout. Il est nécessaire de disposer d'importants appuis politiques, que Roux trouve au sein de l'élite radicale et moderniste qui entoure Louis Ruchonnet.

De la Place de la Palud à l'Hôpital cantonal (1883-1887)

Dès ses années d'assistantat chez Kocher, Roux fait part de son désir de se spécialiser en chirurgie. Lors du voyage de stages en Allemagne et en Autriche qu'il entreprend en 1881, il passe l'essentiel de son temps dans les cliniques des maîtres de la chirurgie. Il écrit à sa fiancée en 1881 : « J'ai appris surtout une masse de détails pratiques et théoriques que K[ocher] ne pense pas de nous dire. Cela ne veut pas dire que j'apprécie V[olkman] mieux que K[ocher] mais je suis très heureux de les voir les deux. Quant à la méd[ecine] int[erne] je n'en puis pas faire grand chose [...]. Je puis dire qu'en somme j'ai tout sacrifié à la chirurgie pendant mon voyage. Ai-je bien fait ? L'avenir le dira. »¹⁰² Pendant son assistantat à Berne, Roux songe déjà à une carrière de chirurgien dans le canton de Vaud. Il désire être le premier à y développer la nouvelle chirurgie et rêve d'un poste de chirurgien à l'Hôpital cantonal, seul lieu de travail dans lequel il puisse mettre en œuvre le savoir-faire acquis. Il écrit ainsi à sa fiancée en 1881 : « Je ne peux aller à L[ausanne] que si j'ai l'hôpital. »¹⁰³ Une année plus tard, en juillet 1882, il songe à abandonner son poste d'assistant pour s'installer en ville de

¹⁰² Lettre de César Roux à Anna Bégoune, 31 mai 1881, cité chez Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, op. cit., pp. 128-129.

¹⁰³ Ibidem, p. 146.

Lausanne et consulte un ancien assistant de Kocher, le Dr Paul Niehans senior, nommé chirurgien à l'Hôpital de l'Ile depuis peu : « Je lui ai fait part de mon projet et de la crainte de voir un ou des chir. s'établir avant moi, et parlé de la bonne occasion comme mes frères l'appellent¹⁰⁴. Il n'a pas réfléchi une minute et m'a répondu catégoriquement que je devais me présenter après comme spécialiste, prétendant que je n'avais maintenant pas le droit de le faire et qu'après un an encore j'étais sûr de faire rapidement une clientèle. "Même s'il vient une demi douzaine de chir. ou soi-disant tels, cela ne vous empêchera nullement de faire votre place au soleil avec facilité." »¹⁰⁵ Roux prolonge ainsi son temps de formation d'une année.

En s'installant à Lausanne en septembre 1883, il a la ferme intention de se lancer dans la chirurgie. Dès le mois de décembre, il accorde son aide aux chirurgiens de l'Hôpital cantonal – les Drs Dupont et Mercanton – notamment dans le cas de l'extraction de goîtres, spécialité acquise auprès de Kocher¹⁰⁶. Il écrit alors à sa fiancée : « A l'hôpital, je suis allé aider M. Mercanton pour un goître et aujourd'hui pour un pied bot très accentué. Le malade que je soignais pour une affection d'estomac sera probablement réservé pour une résection avec M. le Dr Dupont. Nous voulons le chloroformer pour l'examiner vendredi matin. »¹⁰⁷ De plus, Roux fonctionne comme chirurgien remplaçant durant les vacances des deux médecins en place. Mais il opère aussi à de nombreuses reprises à domicile ou dans son cabinet privé. Il sait se faire connaître et n'hésite pas à quitter Lausanne à de nombreuses reprises pour effectuer des opérations chirurgicales (Cossonay, Echallens, Gollion, Moudon, Rolle, etc.)¹⁰⁸. De même, certaines infirmeries locales, comme celle de Montreux, font appel à ses services à plusieurs reprises.

Parallèlement à cette activité professionnelle, il continue d'entretenir des contacts avec les personnalités chirurgicales reconnues. Il effectue par exemple en décembre 1883 une visite auprès de chirurgiens genevois de renom, à la Clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal (prof. Julliard), ainsi qu'à la Clinique privée du Dr Auguste Reverdin¹⁰⁹.

Enfin, il s'impose parmi ses confrères vaudois comme un médecin de la nouvelle génération acquis au modernisme scientifique. Entre 1883 et 1890, il fait ainsi une vingtaine

¹⁰⁴ C'est-à-dire la prochaine nomination d'un second poste de chirurgien à l'Hôpital cantonal.

¹⁰⁵ Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, op. cit., p. 204. Cette version diffère fortement de la légende véhiculée par les élèves de Roux selon laquelle leur maître aurait décidé de prolonger son assistantat en jouant à pile ou face. Voir par exemple Jules Taillens et Pierre Decker, *César Roux*, Lausanne, Eglise nationale vaudoise, 1945, pp. 83-84 ou Louis Perret, « César Roux », in *RMSR*, 1927, p. 125.

¹⁰⁶ Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, op. cit., p. 224.

¹⁰⁷ Ibidem, p. 246

¹⁰⁸ Selon les lettres écrites à sa fiancée en 1883-1884. Voir Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, op. cit.

¹⁰⁹ Un fils d'Auguste Reverdin, le Dr Albert Reverdin, deviendra interne (1907-1908) puis chef de clinique (1908-1910) de César Roux.

d'interventions à la Société vaudoise de médecine, dans lesquelles il révèle un esprit innovateur et moderniste qui lui donne une position dominante par rapport aux chirurgiens classiques¹¹⁰. Déjà en 1883, jeune médecin, il prend la parole pour dénoncer le caractère obsolète de certaines interventions faites par ses collègues. Alors que le Dr de la Harpe présente en novembre 1883 un cas d'élongation du sciatique avec complications, Roux déclare que « les résultats de cette opération sont peu encourageants [...] et qu'elle est maintenant généralement abandonnée pour ces cas-là. »¹¹¹ A la séance suivante, en décembre 1883, il remet en cause l'emploi de drains d'étain présentés par le Dr Joël à qui il déclare que « la tendance actuelle est plutôt de se passer de drains. Un drain rigide est d'ailleurs peu rationnel ; il peut blesser et s'opposer à l'accolement des lèvres d'une plaie. »¹¹² De plus, Roux cite à de très nombreuses reprises des opérations faites par Volkmann ou Kocher, souvent pour atténuer le caractère novateur des cas présentés par ses collègues ou pour justifier la modernité de ses propres interventions. Lorsque ses collègues s'étonnent de la réussite de tel ou tel cas chirurgical, Roux répond ainsi qu'il « en a vu un chez Volkmann et un chez Kocher. »¹¹³ De même, lorsqu'il présente lui-même une innovation – en l'occurrence l'injection d'eau phénique à 5% contre l'érysipèle en 1884 – il la situe dans la continuité des travaux des maîtres de la chirurgie : « Cette observation confirme ainsi les expériences faites à la clinique de Kocher. »¹¹⁴ Il présente aussi une méthode économique de préparation du catgut (février 1884) ou l'utilisation de machines à fraiser des dentistes dans sa pratique chirurgicale (novembre 1885) « pour la torsion des vaisseaux dans les opérations chirurgicales, et montre deux modèles de pinces qui peuvent s'adapter à la machine en question. [...] M. Roux montre encore plusieurs modèles de scies circulaires pour la trépanation des os longs, pouvant s'adapter à la même machine. »¹¹⁵ Enfin, il intervient dans des questions controversées. Il défend la méthode antiseptique à une époque où elle est encore remise en cause par certains médecins (décembre 1884) et défend contre l'avis de la majorité de ses collègues une intervention chirurgicale rapide dans le cas de résection coxo-fémorale des tuberculeux (octobre 1885) ou d'appendicite (mars 1889). Ses multiples interventions lui permettent donc de s'affirmer comme un jeune chirurgien de la nouvelle génération, élève de chirurgiens renommés et à l'esprit novateur. Après avoir accédé au poste de professeur de chirurgie (1890), il envoie son assistant Perret présenter à sa place les derniers cas intéressants opérés à

¹¹⁰ Voir les comptes-rendus des séances de la Société vaudoise de médecine dans la *RMSR*, 1883-1890.

¹¹¹ *RMSR*, 1884, p. 47.

¹¹² *RMSR*, 1884, p. 110.

¹¹³ *RMSR*, 1886, p. 175.

¹¹⁴ *RMSR*, 1885, p. 178.

l'Hôpital cantonal. Parvenu au sommet de la carrière chirurgicale en terre vaudoise, Roux peut se permettre de ne plus présenter lui-même le résultat de ses recherches à ses collègues de la Société vaudoise de médecine.

Elève de l'école chirurgicale allemande, Roux a une image particulièrement dominante de sa branche. Lors de sa leçon inaugurale à la Faculté de médecine (1890), il affirme ainsi que « la découverte de l'antisepsie a fait nécessairement table rase de l'expérience acquise pendant plusieurs siècles ; et les représentants les plus dignes d'être écoutés dans l'ancienne école, voyant leur raisonnement pécher par la base, se consolent en donnant la main aux jeunes pour les guider quand même dans l'observation au lit du malade. »¹¹⁶ Cette perspective ne se limite pas seulement aux chirurgiens des anciennes générations, mais à l'ensemble du corps médical, qui se voit soumis à la nouvelle chirurgie : « S'il est vrai que l'on peut être excellent médecin sans avoir le goût de la chirurgie ou l'adresse nécessaire dans une opération, il est impossible d'être bon chirurgien sans être avant tout bon médecin. »¹¹⁷ Cette position dominatrice guidera la carrière médicale de Roux.

Engagement politique : la force des réseaux radicaux

A la reconnaissance professionnelle s'ajoute l'indispensable appui du parti radical, au sein duquel la famille Roux est activement engagée. Le père de César, Benjamin Roux (1824-1876), est un petit notable radical de province : instituteur, il siège comme député à la Constituante puis au Grand Conseil dans les rangs du grand parti durant trois ans (1862-1865), puis occupe l'un des trois postes d'inspecteur scolaire cantonal¹¹⁸.

L'un des frères aînés de César, Louis Roux, occupe quant à lui une place en vue dans la politique lausannoise¹¹⁹. Il est membre du Conseil communal (1878-1882) et du Conseil municipal dans lequel il occupe la fonction de directeur des écoles (1882-1894). Il est en outre membre du conseil d'administration du Crédit foncier vaudois. Ces mandats publics lui permettent d'exercer d'importantes fonctions dans le domaine hospitalier et universitaire qui ont sans doute contribué aux succès du frère cadet. Louis Roux participe en effet comme délégué de la municipalité aux tractations entre la ville de Lausanne et le canton de Vaud qui

¹¹⁵ RMSR, 1886, pp. 111-112.

¹¹⁶ *Discours et leçons prononcés à l'ouverture des cours du 1er semestre de l'Université de Lausanne*, Lausanne, Editions de l'Université, 1891, p. 160.

¹¹⁷ Ibidem, pp. 160-161.

¹¹⁸ Benjamin Baudraz, *Jean Roux du Villaret en Pragela réfugié à Bex en 1685 pour cause de religion. Son histoire et celle d'une partie de sa descendance au Pays de Vaud (1652-1900)*, Lausanne, 1995, principalement pp. 162-179.

¹¹⁹ Louis Roux (1850-1908) : ingénieur, professeur puis directeur à l'Ecole industrielle de Lausanne. Voir Benjamin Baudraz, *Jean Roux...*, op. cit., pp. 185-187.

débouchent sur la création de l'Université et de la Faculté de médecine (1890). Il est aussi membre pendant plus de dix ans du Conseil de Santé et des Hospices dont dépend l'Hôpital cantonal (1898-1908). Un autre frère, Félix Roux¹²⁰, dispose d'importantes relations dans le milieu de l'instruction publique, même s'il n'est pas engagé politiquement. Ces deux frères sont des appuis indispensables pour César Roux. Leurs relations leur permettent ainsi de lui proposer en 1881-1882 le nouveau poste de chirurgien créé à l'Hôpital cantonal¹²¹.

César Roux lui-même s'inscrit au parti radical dès son arrivée à Lausanne (1883). Il y occupe un siège de conseiller communal durant des années cruciales pour l'avenir de sa carrière (1885-1893 et 1898-1901). Il participe entre autres au débat sur la réalisation de l'Université, et donc de la Faculté de médecine. Il est d'ailleurs membre et rapporteur d'une commission discutant de la réalisation du bâtiment de Rumine (1890). La carrière politique de Roux reste néanmoins de petite ampleur. Il n'a par exemple jamais occupé de siège au Grand Conseil, au contraire de ses confrères genevois Gustave Julliard et Alfred Vaucher par exemple. Roux entretient toutefois des réseaux au sein du parti radical qui lui permettent d'être au cœur du pouvoir politique vaudois. Il fait partie de cette jeune élite modernisatrice qui se retrouve au sein de la société d'étudiants Helvetia, dont il est nommé membre d'honneur en 1885. Relancée par Louis Ruchonnet en 1868, lorsqu'il entre au Conseil d'Etat, afin d'en faire le vivier dont l'administration cantonale et la société civile ont besoin, l'Helvetia regroupe en effet nombre de juristes, magistrats, professeurs d'Université, ingénieurs, pasteurs et médecins que l'on retrouve à la tête des entreprises privées et des institutions publiques ou para-publiques (Université, Banque cantonale vaudoise, etc.) qui modernisent le canton de Vaud¹²². César Roux lui-même a une conception utilitariste de l'Université et se révélera comme un enseignant essentiellement pratique¹²³. Les trois frères Roux sont membres de l'Helvetia, Félix occupant même le fauteuil de président en 1876-1877. De plus, César Roux est membre depuis 1891 du *Dîner des Quatre Saisons*, une association informelle très influente de notables et d'intellectuels radicaux vaudois¹²⁴. Enfin, il est personnellement proche de Louis Ruchonnet, dont il est l'un des médecins¹²⁵, et au fils duquel il offre un poste d'interne à l'Hôpital cantonal en 1892¹²⁶.

¹²⁰ Félix Roux (1855-1940) : enseignant (1880) puis directeur après son frère Louis (1882) à l'Ecole industrielle de Lausanne, professeur à l'Université (1913). Il est le père du bactériologue Louis Roux (1880-1957), chef du Laboratoire cantonal de bactériologie de 1905 à 1941. Benjamin Baudraz, *Jean Roux...*, op. cit., pp. 187-189.

¹²¹ Voir ci-dessus, p. 47.

¹²² Voir *Helvetia. Livre d'or de la section vaudoise*, Lausanne, 1983, 646 p.

¹²³ Voir ci-dessous, pp. 76ss.

¹²⁴ Selon Frédéric Saegesser, *César Roux. Son époque et la nôtre*, Lausanne, Ed. de l'Aire, 1989, p. 64.

¹²⁵ Félix Bonjour, *Louis Ruchonnet. Sa vie – son œuvre*, Lausanne, Imprimerie vaudoise, 1936, pp. 187 et 190.

¹²⁶ ACV, Fonds César Roux, lettre de Louis Ruchonnet à César Roux, 4 janvier 1892.

Ces réseaux politiques, doublés de compétences professionnelles reconnues, débouchent sur sa nomination au poste de professeur de médecine légale à l'Académie à l'âge de 27 ans, six mois après son installation à Lausanne (1884-1888). Il est enfin nommé médecin au Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal (1887) puis professeur de chirurgie à la Faculté de médecine (1890)¹²⁷.

César Roux n'est pas le seul membre de la famille à bénéficier des réseaux politico-familiaux, puisque son neveu Louis Roux¹²⁸, fils de Félix, obtient en 1905 la place nouvellement créée de bactériologue-adjoint du Service sanitaire et du Contrôle des denrées et boissons, un poste qui dépend du Département de l'Intérieur.

Un certain sens de la famille

Roux a un sens très profond de l'entraide familiale – dont il a bénéficié durant ses années d'études – et fait bénéficier le clan de son succès. A l'Hôpital cantonal, il nomme comme chefs de clinique son neveu Jacques Roux (1910-1914) et son beau-fils Léon Picot (1914-1920), qui ont tous deux occupé auparavant un poste d'interne, comme sa fille Suzanne (1914-1918). Quant à sa clinique privée, elle est une véritable entreprise familiale dont il est le chef. Son neveu Jacques Roux et son beau-frère Lazare Bégoune y sont médecins. Une infirmière de la clinique, Lily Jomini, devient même membre du clan par son mariage avec le Dr Jean Knecht, petit-neveu de César. La direction administrative est remise à sa sœur et son beau-frère Elise et Jean Grandjean (1893-1909), puis, après le décès d'Elise en 1909, à une autre sœur, Augustine Knecht, qui dirige la Clinique Rosemont avec son mari Walter Knecht jusqu'à sa fermeture (1909-1930).

La position de patriarche que Roux occupe dans son clan familial se retrouve dans ses activités à l'Hôpital cantonal et à la Faculté de médecine, où il fait figure de chef autoritaire.

L'enseignement de la chirurgie à la Faculté de médecine : une position dominatrice

Plusieurs historiens ont montré que la naissance de spécialités médicales (ophtalmologie, orthopédie, pédiatrie, ORL, etc.) résultait d'une volonté collective de la part de médecins de se voir reconnaître des connaissances et un savoir-faire spécifiques à un type de maladies ou

¹²⁷ Ni les archives du Département de l'Instruction publique, ni celles du Département de l'Intérieur ne conservent malheureusement de documents relatifs à ces nominations. Il n'est ainsi pas possible de savoir si Roux est en compétition avec d'autres chirurgiens lors de ces mises au concours.

¹²⁸ Voir note 120, p. 50.

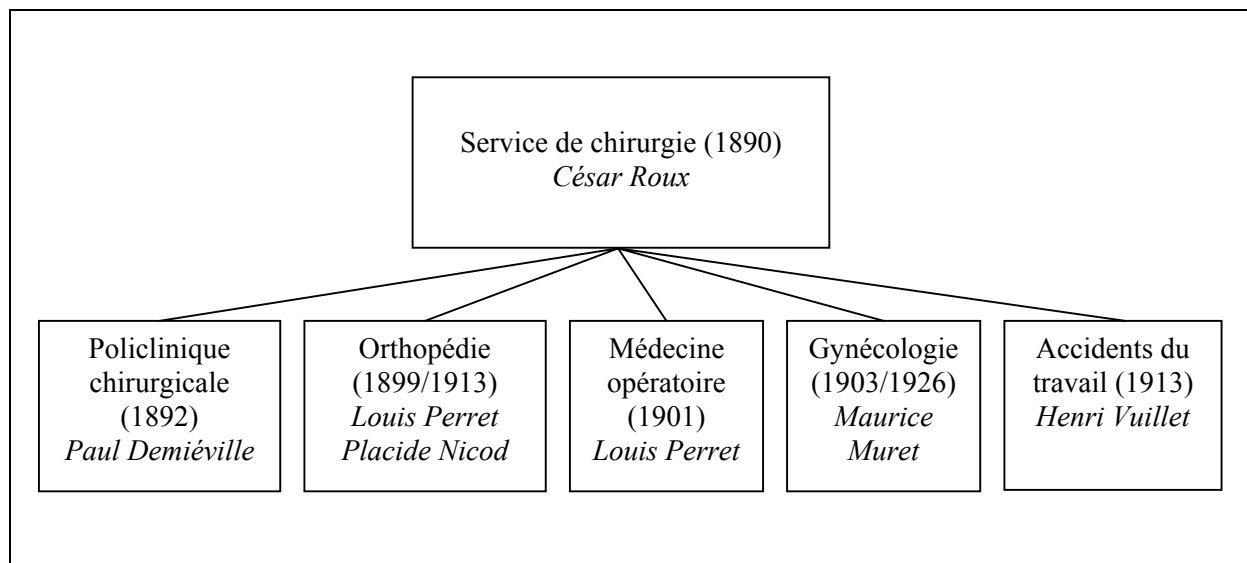
de patients¹²⁹. Ce repositionnement dans le champ de la médecine permet ainsi à des médecins de s'émanciper de certaines tutelles par la création d'un nouveau champ social dont ils maîtrisent la hiérarchisation. L'ouverture de nouvelles chaires universitaires ou la nomination de privat-docents dans de nouveaux domaines d'enseignement ne se font pas de manière naturelle mais sont le résultat de conflits et de négociations entre les jeunes médecins et les professeurs établis, soutenus par la Faculté de médecine, qui acceptent l'officialisation d'une nouvelle spécialité au détriment de leur branche.

Le cas de la chirurgie est particulier, car les chirurgiens n'ont pas à s'émanciper d'une autre branche de la médecine. Bien au contraire, sa spécificité est reconnue et elle a un caractère généraliste très marqué que le développement de méthodes invasives dans la seconde partie du 19^e siècle ne fait que renforcer. La réputation du chirurgien est ainsi fondée sur sa capacité à entreprendre de nombreux types d'opérations. Roux lui-même se fait un nom dans plusieurs domaines chirurgicaux apparemment sans lien, tels que l'appendicectomie, la gynécologie, les résections de goître, etc.

Dans cette perspective, César Roux illustre parfaitement le cas d'un professeur établi dans un domaine vaste – la chirurgie – et qui désire en garder le contrôle : il n'accepte la naissance de spécialités qu'à la condition qu'il en reste le mentor. Les spécialités médicales qui réussissent leur autonomisation de la chirurgie sont confiées à des proches (Demiéville) ou de fidèles élèves (Perret, Vulliet), le cas de la gynécologie illustrant parfaitement les problèmes rencontrés par des médecins qui ne sont pas issus de la filière Roux.

¹²⁹ Dans une perspective positiviste et déterministe largement répandue, l'émergence de spécialités médicales est vue comme une conséquence "naturelle" des progrès de la médecine et de nouvelles découvertes scientifiques. Voir par exemple Loris Premuda, « La naissance des spécialités », in *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 3, Paris, Seuil, 1999, pp. 253-269. D'autres sociologues et historiens, dans la foulée des travaux de George Rosen, ont montré que la création de spécialités médicales dépend plutôt de facteurs socio-économiques tels que la structure du marché médical (nombre de médecins, demande des patients, etc.) ou l'affirmation d'une idéologie du progrès technique favorable à une division des tâches. Voir l'article fondateur de George Rosen, « Changing attitudes of the medical profession to specialization », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1942, pp. 343-354, ainsi que les travaux plus récents de George Weisz, notamment « The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century », in *Bulletin of the History of Medicine*, 2003, pp. 536-575 et de Lindsay Grandshaw, « "Fame and fortune by means of bricks and mortar": the medical profession and specialist hospitals in Britain », in Roy Porter and Lindsay Grandshaw (éd.), *Hospitals in History*, Londres/New York, Routledge, 1989, pp. 199-220.

Fig. 4 Autonomisation de quelques spécialités chirurgicales



L'enseignement de la gynécologie

Dans l'Hôpital construit en 1883, la gynécologie est rattachée au Service de chirurgie, alors que l'obstétrique fait l'objet d'un service autonome, installé dans un petit pavillon derrière le bâtiment principal. Cette organisation n'est pas remise en question avec la création de la Faculté de médecine en 1890 mais le rattachement de la gynécologie à l'obstétrique, ainsi que la construction d'une nouvelle maternité, sont l'objet d'âpres négociations pendant plusieurs décennies. La fondation de la Faculté de médecine est l'occasion pour le Dr Oscar Rapin, responsable de la maternité de l'Hôpital cantonal depuis 1874 et professeur d'obstétrique depuis 1890, de revendiquer pour son service les cas de gynécologie hospitalisés en chirurgie, l'enseignement théorique de cette branche et la construction d'une nouvelle maternité¹³⁰.

Peu désireux d'abandonner l'enseignement de la gynécologie, Roux, soutenu dans cette affaire par le prof. Kocher¹³¹, écrit au Département de l'Instruction publique : « N'ayant jamais vu afficher des cours spéciaux de gynécologie, même dans les facultés où le professeur d'obstétrique oublie celle-ci pour celle-là, je n'ai jamais eu l'idée d'annoncer un cours semblable – ce qui se fait seulement à Vienne et dans quelques écoles, pendant les vacances. Je pense donc, à moins que vous n'en décidiez autrement, ne pas mentionner la gynécologie, qui rentrera dans l'enseignement général de la chirurgie. »¹³² Le Conseil d'Etat ne veut lui-même pas multiplier les enseignements, pour des raisons essentiellement financières. Il a d'ailleurs rejeté en 1889 l'offre de service d'un professeur de la Faculté de Zurich pour

¹³⁰ ACV, K XIII 252 C, lettre de Rapin au Département de l'Instruction publique, 29 juillet 1890.

¹³¹ ACV, K XIII 252 C, lettre de Kocher au conseiller d'Etat Eugène Ruffy, 9 mars 1889.

l'enseignement de la gynécologie¹³³. Dans le même esprit, il cherche à limiter le développement de la maternité.

Cette position entraîne l'ire du prof. Rapin, qui écrit au chef du Département de l'Instruction publique en 1891 et s'insurge contre le maintien de la gynécologie dans le Service de chirurgie : « L'organisation actuelle des disciplines place la Faculté de Lausanne dans une situation d'infériorité vis-à-vis de toutes les autres Facultés de la Suisse. Là on a compris depuis longtemps que l'enseignement de la gynécologie est le complément indispensable de l'obstétrique. En Allemagne ces branches sont partout enseignées par le même professeur, à moins que, pour donner plus d'importance à ces deux branches, elles soient confiées à deux spécialistes, un accoucheur et un gynécologue. [...] Le mode de répartition de l'enseignement gynécologique à Lausanne constituerait un recul, s'il était définitif. Il correspondrait à l'organisation qu'avait la Faculté de Berne avant 1869, époque à laquelle le service spécial de gynécologie fut fondé par le prof. Breisky "accoucheur". [...] On a cherché à justifier l'organisation actuelle en demandant un préavis à Mr le Professeur Kocher à Berne. Ce choix montrait suffisamment que l'on ne cherchait pas à éclairer la question sans parti pris ; mais simplement à obtenir la sanction de ce que l'on désirait établir. »¹³⁴ Rapin intervient aussi dans le cadre du Conseil de Faculté et demande en 1892 le rapatriement des cas de gynécologie à la maternité pour des raisons pédagogiques. Il aurait en effet besoin pour son enseignement de ce « matériel gynécologique qui est actuellement à la disposition du prof. de chirurgie »¹³⁵, ce à quoi Roux répond qu'il n'a pas voulu cette situation mais en a hérité lors de son arrivée à l'Hôpital cantonal. Il promet aussi de venir en aide à son collègue lorsqu'il y aura de la place à la maternité. Afin de calmer la situation, Roux accepte en 1893 de mettre à disposition de son collègue une petite salle de son Service de chirurgie où il aurait la responsabilité de certains cas gynécologiques. Mais, malgré cette demi victoire, Rapin n'accède jamais à l'enseignement de la gynécologie. Il reste uniquement professeur d'obstétrique jusqu'à son décès en 1902.

Le renouvellement de cette chaire est l'occasion d'une réorganisation de la branche gynécologie-obstétrique. Cet enseignement n'est pourtant pas concentré entre les mains d'un seul professeur. Guillaume Rossier, bien que privat-docent de gynécologie depuis plus de 10 ans (1892), n'obtient que le poste de professeur d'obstétrique et la direction de la maternité.

¹³² ACV, K XIII 252 C, lettre de Roux au Département de l'Instruction publique, 6 août 1890.

¹³³ ACV, K XIII 252 C, lettre du Dr H. Meyer au Département de l'Instruction publique, 6 octobre 1889.

¹³⁴ ACV, K XIII, 252 C, lettre de Rapin au chef du Département de l'Instruction publique, 14 février 1891.

¹³⁵ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 13 janvier 1892.

Quant à l'enseignement théorique de la gynécologie, la Faculté se propose de le séparer de la clinique chirurgicale et de le remettre à un autre privat-docent de gynécologie, le Dr Maurice Muret. Envoyé auprès de Roux pour obtenir son accord, Louis Bourget fait part du résultat de son entrevue au chef du Département : « Permits-moi de venir officieusement te rendre compte de ma non moins officieuse mission auprès de Roux, pour régler la succession Rabin, en ce qui concerne Muret. Je lui ai tout d'abord expliqué que Muret n'accepterait pas une situation qui le rendrait subalterne de Rossier, ce qu'il a très bien admis, et comme nous l'avions déjà prévu il a été plein de bons sentiments et de générosité vis à vis de Muret. Il est d'accord pour attribuer à ce dernier le cours théorique de gynécologie [...]. »¹³⁶ César Roux conserve ainsi les cas gynécologiques dans sa clinique chirurgicale et ne cède que l'enseignement théorique, ce qui lui permet de se concentrer sur les aspects pratiques de sa chaire.

Son départ en retraite permet d'envisager une redistribution des tâches entre les divers professeurs de médecine (1926). Pendant la séance du Conseil de Faculté au cours de laquelle est enregistré le départ du maître, le prof. Taillens « expose que la succession de M. Roux soulève la question de l'enseignement de la gynécologie. »¹³⁷ Le Département de l'Instruction publique désire aussi saisir cette opportunité pour redéfinir l'enseignement de la gynécologie-obstétrique. Le conseiller d'Etat Dubuis écrit au recteur que « l'occasion serait favorable pour reconstituer la chaire d'obstétrique et de gynécologie. Nous estimons qu'il est opportun de rentrer dans l'ordre du moment que les circonstances d'ordre personnel qui ont motivé à l'époque la dislocation de cette chaire n'existent plus depuis longtemps. »¹³⁸ Le Conseil de Faculté unanime décide le transfert complet (enseignement théorique et clinique) à la Maternité.

C'est un ancien interne et chef de clinique du prof. Rossier à qui est alors confié l'enseignement de la gynécologie, le Dr Rodolphe Rochat, en tant que privat-docent (1926), puis professeur (1929), ainsi que celui de l'obstétrique et la direction de la Maternité (gynécologie et obstétrique) après la mort de son maître (1929). Il reprend le tout avec l'aide de deux privat-docents. L'arrivée de Rochat à la tête de la chaire de gynécologie et d'obstétrique correspond très exactement à la croissance des cas de gynécologie pris en charge à la Maternité suite au départ de Roux : leur nombre double en effet entre 1927 (277

¹³⁶ ACV, K XIII 252 C, lettre de Bourget au chef du Département de l'Instruction publique, 11 mars 1903.

¹³⁷ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 14 juin 1926.

¹³⁸ ACV, K XIII 342 C, lettre du conseiller d'Etat Dubuis au recteur de l'Université, 12 juin 1926.

cas) et 1930 (561 cas), et continue de croître au cours des années 1930 (679 cas en 1934)¹³⁹. Avec Rochat se réalise ainsi la fusion des deux branches à Lausanne. Son parcours professionnel durant les années 1920 apparaît d'ailleurs comme un prélude au rapprochement entre gynécologie et obstétrique¹⁴⁰. Son attrait pour cette dernière branche s'affirme dès l'obtention de son diplôme de médecin (1920). Il occupe en effet un premier poste d'interne à la Maternité, chez le prof. Guillaume Rossier (1920-1922), puis en devient chef de clinique (1923-1924). Parallèlement à cette formation, Rochat effectue des stages en gynécologie, notamment chez les prof. Faure à Paris (1921) et Bum à Berlin (1924). Fort de ces expériences, il ouvre son propre cabinet de gynécologue à Lausanne en 1924 et entreprend une carrière académique. Sa renommée repose aussi sur la direction de la Clinique de Montchoisi, destinée à une clientèle aisée, qu'il fonde en 1929 et où il devient l'accoucheur du gotha international. Enfin, Rochat s'engage dans les organes médicaux nationaux pour défendre la fusion des deux branches qui lui sont chères, à une époque où les frontières entre les diverses spécialités médicales se figent¹⁴¹. Il est ainsi nommé en 1930 président de la Société de gynécologie et d'obstétrique de la Suisse romande. L'autonomisation de la gynécologie par rapport à la chirurgie et son rapprochement avec l'obstétrique se matérialisent dans l'ouverture en 1937 d'une annexe au bâtiment de la maternité, l'Hôpital Rossier, qui abrite la clinique gynécologique.

La policlinique chirurgicale

L'enseignement de policlinique chirurgicale – petite chirurgie ambulatoire – est très rapidement séparé de la clinique chirurgicale et rattaché à l'enseignement de la policlinique médicale dans le cadre de la Policlinique universitaire cantonale, fondée en 1892¹⁴². Cet établissement reprend en fait les activités du Dispensaire central – institution privée – ouvert en 1887 par une vingtaine de médecins. Le départ de la policlinique chirurgicale se fait sans problème apparent. Il est vrai que la Policlinique universitaire n'entre pas du tout en concurrence avec les services cliniques de l'Hôpital cantonal. Elle prodigue essentiellement des soins ambulatoires gratuits aux indigents, diversifie rapidement son offre avec la multiplication des types de prises en charge (ophtalmologie 1904, tuberculose 1906, ORL 1912, maladies des nerfs 1913, maladies vénériennes 1919, nourrissons 1923, dentiste 1923)

¹³⁹ ACV, K VIII D 62.

¹⁴⁰ Olivier Robert et Francesco Panese, *Dictionnaire...*, op. cit., pp. 1088-1089.

¹⁴¹ Voir ci-dessous, pp. 96-99.

¹⁴² Voir *Policlinique médicale universitaire, 100 ans, 1887-1987*, Lausanne, PMU, 1987, 66 p. et Guy Saudan, « Dispensaire et policlinique à Lausanne : 100 ans de médecine et société », in *RMSR*, 1989, pp. 267-277.

et connaît un très grand succès auprès du public. On dénombre plus de 17'000 consultations en 1895 et plus de 30'000 par année dans les années 1900 et 1910¹⁴³. Roux lui-même est personnellement favorable à une convention entre le Dispensaire central et la Faculté de médecine. Il écrit dans ce sens au Département de l'Instruction publique en 1891, insistant sur le fait que les consultations ambulatoires de l'Hôpital cantonal ne sauraient remplacer une policlinique et que cette dernière est un élément essentiel à une Faculté de médecine¹⁴⁴. En 1892, la Policlinique universitaire est confiée à un proche de César Roux, le Dr Paul Demiéville : ancien élève de Theodor Kocher, il est le beau-père de l'une des filles de Roux. Après Demiéville, la policlinique est dirigée par des spécialistes de médecine interne (Gustave Delay et Alfredo Vannotti), dont le second devient par la suite professeur de clinique médicale.

Le développement de l'orthopédie entre la Faculté de médecine et l'Hospice orthopédique de la Suisse romande

L'autonomisation de l'orthopédie comme branche chirurgicale illustre parfaitement les enjeux liés à l'émergence des spécialités chirurgicales en-dehors du contrôle de César Roux. Il faut en effet compter avec une vingtaine d'années de conflits et de négociations pour assister à l'acceptation généralisée de méthodes chirurgicales en orthopédie. Pourtant, contrairement à ce que l'on observe en Grande-Bretagne par exemple, les chirurgiens-orthopédistes vaudois ne se heurtent pas aux autres chirurgiens mais à des orthopédistes de l'ancienne génération désireux de conserver des méthodes traditionnelles de traitement¹⁴⁵.

Jusqu'au début des années 1890, l'orthopédie telle qu'elle est entreprise en terre vaudoise vise au traitement de maladies congénitales, comme les pieds bots, dans la continuité des travaux entrepris par Venel à la fin du 18^e siècle. Dans le canton de Vaud, les cas orthopédiques sont essentiellement pris en charge par un établissement privé, l'Hospice orthopédique de la Suisse romande, fondé en 1876 à Lausanne par des philanthropes genevois et vaudois¹⁴⁶. Cet hôpital est dirigé par un descendant de Venel, le Dr Henri Martin, qui se veut à la fois le gardien et le continuateur des traditions et du savoir-faire familial. En effet, le savoir-faire orthopédique

¹⁴³ Guy Saudan, « Dispensaire... », op. cit., p. 273.

¹⁴⁴ ACV, K XIII 252 C, lettre de Roux au chef du Département de l'Instruction publique, 30 novembre 1891.

¹⁴⁵ Roger Cooter a montré que l'autonomisation de la chirurgie orthopédique en Angleterre au cours de l'entre-deux-guerres y est plus tardive qu'aux Etats-Unis, où elle se réalise dans les années 1900, en raison de l'opposition des chirurgiens généralistes qui dirigent alors les établissements hospitaliers. Voir Roger Cooter, « The meaning of fractures : orthopaedics and the reform of british hospitals in the inter-war period », in *Medical History*, 1987, pp. 306-322.

¹⁴⁶ Sur cet établissement, voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 113-114 et *Centième anniversaire de l'hôpital orthopédique de la Suisse romande*, Lausanne, Hospice orthopédique, 1976, 136 p.

s'est transmis dans le cadre de la famille au cours du 19^e siècle : d'abord de Jean-André Venel (1740-1791) à son neveu Pierre-Frédéric Jaccard (1768-1820), puis de celui-ci à son beau-fils Antoine Martin (1794-1862), père d'Henri Martin, le fondateur de l'Hospice orthopédique¹⁴⁷. Cette forte dimension patrimoniale explique grandement les difficultés que rencontrent dans l'établissement les médecins externes à la famille, favorables à de nouvelles manières de pratiquer l'orthopédie.

A l'origine, l'Hospice orthopédique de la Suisse romande est un établissement « destiné aux enfants atteints d'une difformité réclamant un traitement orthopédique »¹⁴⁸, qui n'admet pas les adultes. Dans un tel contexte, l'adoption de méthodes chirurgicales pour certaines affections ne va pas de soi. La nomination en 1893 d'un élève de Kocher et de Roux, le Dr Louis Perret, en tant que médecin-adjoint de l'Hospice orthopédique met très rapidement en lumière les conflits engendrés par l'arrivée d'une nouvelle conception de l'orthopédie. En 1896, Perret obtient un poste de privat-docent d'orthopédie à la Faculté de médecine, grâce au préavis favorable de Roux, et cherche à développer cette spécialité. Toujours sous les ordres du Dr Martin, il propose en 1898 de travailler bénévolement à l'Hospice en échange de l'amélioration de son équipement médical, ce que le comité de l'établissement refuse. La même année, soutenu par Roux, il propose à la Faculté la création d'une chaire d'orthopédie : « Mr Perret offre le service hospitalier de l'hospice orthopédique pour les étudiants et demande que la Faculté organise l'enseignement de l'orthopédie. Mr Roux pense que l'Etat devra chercher à s'intéresser à la chose et à créer un enseignement orthopédique dans cet établissement. Il pense que ce serait le moment de créer cet enseignement. »¹⁴⁹

En 1899, Perret est nommé professeur extraordinaire et prend comme assistant un ancien interne de Roux, Placide Nicod. Cette intervention de la Faculté ne réjouit pas le comité de l'Hospice, qui affirme en 1900 que le Dr Perret « doit s'abstenir de faire de la chirurgie »¹⁵⁰ et met le Dr Nicod sous les ordres directs du Dr Martin. Lors de la même séance, ce dernier demande que l'âge maximal des malades admis (12 ans) soit plus strictement observé. Cette restriction est une mesure protectionniste contre l'affirmation des méthodes chirurgicales prenant en charge plutôt des malades adultes dont les affections ne sont pas congénitales mais résultent de blessures et d'accidents. Enfin, la conception classique de l'orthopédie s'affirme lors de l'Exposition de Vevey de 1901, à laquelle le comité de l'Hospice décide de participer

¹⁴⁷ Guy Saudan (éd.), *L'éveil médical vaudois, 1750-1850, Tissot – Venel – Mayor*, Lausanne, Université, 1987, p. 95.

¹⁴⁸ ACV, P Hospice orthopédique, règlement du 1^{er} novembre 1876, art. 1.

¹⁴⁹ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 2 juillet 1898.

« à la condition que le nom de Mr Henri Martin, Directeur et fondateur de l'Hospice, y soit bien mis en évidence. »¹⁵¹ Celui-ci y présente un historique de l'établissement et des moulages de cas traditionnels. Finalement, le Dr Perret est renvoyé de l'Hospice orthopédique en 1901 pour avoir persisté dans ses activités chirurgicales. Il ne dispose ainsi plus de service hospitalier et perd son poste de professeur extraordinaire. L'orthopédie n'est désormais plus enseignée à la Faculté jusqu'en 1913, date à laquelle le Conseil de Faculté consent à accorder un poste de privat-docent à Placide Nicod, qui, lui, est resté au service de l'Hospice orthopédique.

Peut-être plus conciliant que son prédécesseur, Nicod ne s'affirme pas a priori comme chirurgien. Il sait se concilier les bonnes grâces du comité de l'Hospice, qui le perçoit en 1902 comme un « partisan résolu du traitement orthopédique du Dr H. Martin. »¹⁵² Les administrateurs de l'Hospice doivent pourtant vite déchanter. En 1905, « Mr H. Martin explique que Mr Nicod fait petit à petit de la chirurgie, de la même manière que jadis Mr Perret a essayé de le faire, en allant il est vrai plus vite en besogne que Mr Nicod ne le fait actuellement. »¹⁵³ Il met au point au début des années 1910 une méthode chirurgicale de traitement de la tuberculose qui attire plusieurs déçus de l'héliothérapie¹⁵⁴, ce qui entraîne l'opposition du Dr Edouard Martin, cousin du fondateur de l'Hospice, membre de son comité et lui-même orthopédiste de renom à Genève¹⁵⁵ : ce dernier « désire que l'hospice reste orthopédique, et que les tuberculeux ne soient pas trop envahissants, pour que l'établissement ne devienne pas trop chirurgical [...] »¹⁵⁶ Il semble alors que Nicod se fasse plus discret pour un temps. Il aurait fait des opérations à l'abri des regards, dans la Clinique Bois-Cerf où il hospitalise sa clientèle privée, ainsi que dans la cuisine de l'Hospice orthopédique après la mort du Dr Martin¹⁵⁷.

En fin de compte, Nicod, nommé privat-docent en 1913, parvient à imposer la nécessité d'une orthopédie chirurgicale vers 1915. Alors qu'il n'aborde jamais le fait d'interventions chirurgicales dans ses rapports annuels publiés, il y fait allusion une première fois en 1915 en écrivant que « les interventions chirurgicales sur les muscles, les tendons, les os et les

¹⁵⁰ ACV, P Hospice orthopédique, procès-verbaux du Comité, 22 mars 1900.

¹⁵¹ ACV, P Hospice orthopédique, procès-verbaux du Comité, 11 octobre 1900.

¹⁵² ACV, P Hospice orthopédique, procès-verbaux du Comité, 9 octobre 1902.

¹⁵³ ACV, P Hospice orthopédique, procès-verbaux du Comité, 16 novembre 1905.

¹⁵⁴ Selon Michel Gross, *Placide Nicod. Un pionnier de l'orthopédie moderne*, Yens-sur-Morges, Cabédita, 1993, p. 44.

¹⁵⁵ Il est médecin-chef de l'Hôpital Gourgas à Genève (établissement privé pour enfants) et fondateur de l'Asile Pinchat (1899), qui traite de cas orthopédiques. AEG, Fichiers biographiques, Edouard Martin.

¹⁵⁶ ACV, P Hospice orthopédique, procès-verbaux du Comité, 12 décembre 1912.

¹⁵⁷ Selon Michel Gross, *Placide Nicod...*, op.cit., p. 37.

articulations sont souvent nécessaires et, dans ces cas, l'acte opératoire doit être considéré comme un adjuvant ou un complément précieux des moyens antérieurs [...]. »¹⁵⁸ Dès cette année, les mentions d'activité chirurgicale se font de plus en plus importantes, au point d'y devenir "naturelles". De plus, on évoque ouvertement dans ces années la question d'un nouveau bâtiment hospitalier dans lequel le service chirurgical prendrait une grande place. En 1914 déjà, le comité de l'Hospice s'approche de l'Etat pour lui demander de soutenir son projet de construction nouvelle, ce qu'accepte le Conseil d'Etat en 1916 (mise à disposition d'un terrain aux abords de l'Hôpital cantonal). En contrepartie, l'Hospice orthopédique se soumet à la condition émise par le Conseil de Faculté – et proposée par Roux – que « le professeur d'orthopédie soit nommé par le gouvernement et non par le comité de l'hospice. »¹⁵⁹

En plus de ces conditions émises par l'Etat, il faut aussi souligner l'arrivée de deux médecins acquis à la nouvelle chirurgie au sein du comité de l'Hospice : le Dr Jacques de Montmollin, médecin-chef de l'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel (1903), ainsi qu'un ancien interne de César Roux, le Dr Gustave Delay (1918). Tous deux ont probablement favorisé l'acceptation de méthodes chirurgicales dans le traitement d'affections orthopédiques. Delay particulièrement joue un rôle déterminant dans l'affirmation du pouvoir médical au sein de l'Hospice. Il constate en 1920 que « des conflits entre la Direction administrative et la Direction médicale sont très fréquents dans des établissements tels que le nôtre. [...] Il montre la genèse de cet antagonisme qu'a augmenté encore récemment le développement de la science orthopédique. Il ne croit pas à la possibilité d'une direction bicéphale. Il faut que la direction soit médicale, ainsi que cela a été décidé à l'hôpital cantonal [...]. »¹⁶⁰ Le Dr Nicod doit en effet faire face à l'hostilité de l'économe Simon, qui fonctionne aussi parfois comme infirmier et masseur, « qui était le bras droit de Mr Martin [et] est resté dans les vieilles méthodes orthopédiques. »¹⁶¹ Le comité de direction suit alors Delay. Il nomme en 1921 le Dr Nicod directeur de l'Hospice et lui subordonne l'économe de l'établissement, mettant définitivement fin à la période Martin. La politique de nomination des membres du comité de direction dans l'entre-deux-guerres reflète alors parfaitement cette prédominance des soucis médicaux. Dans les années 1926-1947, on dénombre sept médecins et une infirmière parmi les neuf personnes qui accèdent au comité de direction, la seule d'entre elles ne provenant pas du milieu médical

¹⁵⁸ ACV, P Hospice orthopédique, rapport annuel, 1915, p. 5.

¹⁵⁹ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 18 novembre 1914.

¹⁶⁰ Archives de l'Hôpital orthopédique, procès-verbaux des séances du Comité de direction, 30 décembre 1920.

¹⁶¹ Archives de l'Hôpital orthopédique, procès-verbaux des séances du Comité de direction, 20 mars 1921.

étant Edouard Wavre, directeur de La Suisse Assurances. On assiste donc bien au passage de la philanthropie à la médecine à l'Hospice orthopédique, ceci d'autant plus que de nouveaux bâtiments sont inaugurés en 1927. Situés aux abords directs de l'Hôpital cantonal, ils font la part belle à la chirurgie moderne, avec l'installation d'une salle d'opérations équipée de matériel de haute technicité de la maison Schaerer, une installation radiologique et un institut de physiothérapie.

Après 1927, le développement du traitement chirurgical permet la prise en charge d'un nouveau type de patients, les accidentés. Le développement de la circulation automobile entraîne en effet une forte hausse du nombre de victimes d'accidents routiers : pour l'ensemble de la Suisse, ce chiffre se monte à 8'539 personnes en 1930 (dont 412 morts), 12'012 en 1950 (453 morts) et 35'701 en 1960 (1'303 morts)¹⁶². Dans le seul canton de Vaud, les accidents de la circulation touchent 1'050 personnes en 1950 et 4'266 en 1960¹⁶³. De plus, la mécanisation accrue des secteurs industriels et agricoles ne fait que renforcer cette tendance. Il y a donc un véritable "marché des accidentés" qui voit le jour au cours de l'entre-deux-guerres et connaît une forte expansion dans les années 1950, ce qui profite largement à l'affirmation et au développement de méthodes chirurgicales en orthopédie. L'arrivée de cette nouvelle clientèle généralement adulte se traduit par la baisse de la proportion d'enfants et d'adolescents hospitalisés. Les moins de 18 ans sont encore largement dominants jusqu'à la fin des années 1920, où ils représentent près de 85% des hospitalisations, mais leur proportion connaît une forte chute au cours des années 1930 : ils passent de 84% des malades en 1930 à 68% en 1939¹⁶⁴.

C'est dans ce contexte que l'orthopédie se voit reconnaître par la Faculté de médecine : le Dr Placide Nicod est nommé professeur ordinaire en 1931. L'adoption l'année suivante de titres FMH pour réglementer les diverses spécialités médicales confirme la dimension chirurgicale de l'orthopédie : selon la réglementation adoptée par la Chambre médicale suisse en 1931, la spécialisation dans cette branche nécessite un temps d'étude supplémentaire de quatre ans, dont deux passés dans un service de chirurgie¹⁶⁵.

¹⁶² *Annuaire statistique de la Suisse*, 1930-1960. Ces chiffres ne sont pas publiés avant 1929.

¹⁶³ Les chiffres par canton ne sont pas publiés dans les années 1930.

¹⁶⁴ Source : ACV, P Hospice orthopédique, rapports annuels, 1928-1939.

¹⁶⁵ L'orthopédie est alors la seule branche pour laquelle une formation complémentaire en chirurgie est exigée. Pour les autres spécialités (dermatologie, gynécologie, pédiatrie, etc.), la Chambre médicale suisse exige un ou deux ans d'études dans une autre branche – par exemple la chirurgie – sans spécifier laquelle. *Bulletin des médecins suisses*, 1935, p. 654. Sur la question des spécialités et des titres FMH, voir ci-dessous pp. 96-99.

L'autonomisation de chaires non cliniques : la médecine opératoire et la médecine des accidents du travail

Lorsqu'une spécialité n'est pas liée à un enseignement clinique, son autonomisation s'avère beaucoup moins problématique. Des branches telles que la médecine opératoire (cours sur des cadavres) ou la médecine des accidents du travail sont essentiellement théoriques. Leur création ne remet en question aucun service hospitalier et permet à César Roux d'abandonner ces enseignements secondaires pour se concentrer sur des domaines plus prestigieux, tels que la clinique chirurgicale. L'abandon de l'enseignement théorique de la gynécologie au profit de Muret en 1903 se situe tout à fait dans ce cas de figure¹⁶⁶.

En ce qui concerne la médecine opératoire, Roux agit en deux temps. Tout d'abord, il demande en 1894 au Département de l'Instruction publique l'autorisation d'engager à ses frais un assistant spécial, en la personne de Jules Taillens : « J'ai le plaisir d'avoir une quarantaine d'élèves inscrits à mon cours de médecine opératoire – ce qui est malheureusement beaucoup trop pour que je puisse surveiller le travail de chacun dans chaque leçon. Sans aucun frais pour l'Etat j'aimerais avoir un aide, que je rétribuerais moi-même, mais qui serait tout heureux d'avoir pour sa peine le titre d'aide ou d'assistant de médecine opératoire. »¹⁶⁷ Cinq ans plus tard, Roux intervient au Conseil de Faculté et demande à être déchargé de l'enseignement de cette branche théorique (1899). Il propose qu'on le confie au Dr Louis Perret, qui rencontre alors de graves difficultés à l'Hospice orthopédique et ne pourra probablement pas continuer à enseigner l'orthopédie dans le futur. La Faculté accepte la proposition de Roux et Perret occupe cette chaire jusqu'en 1934.

Quant à la chaire des accidents du travail, elle est créée en 1913 en raison de son inscription dans les examens fédéraux de médecine suite à l'adoption de la loi sur l'assurance-accidents. Dans un premier temps, la Faculté désire nommer à ce poste le Dr Henri Secrétan¹⁶⁸, dont l'expérience professionnelle en fait un candidat excellent. Etabli à Lausanne en 1885, il travaille en effet pour plusieurs compagnies d'assurances et s'est spécialisé dans la prise en charge de blessés. Il est de même l'auteur d'un ouvrage sur la question des accidents de travail, publié en 1901 sous le titre *L'assurance accidents, notes chirurgicales et professionnelles*. Mais Secrétan décline l'offre de la Faculté et celle-ci se tourne, après avoir

¹⁶⁶ Voir ci-dessus, p. 55.

¹⁶⁷ ACV, K XIII 252 C, lettre de Roux au Département de l'Instruction publique, 30 avril 1894.

¹⁶⁸ Henri Secrétan (1856-1916) : médecin établi à Lausanne, fils du philosophe Charles Secrétan. ACV, Dossiers ATS, Secrétan Henri, diverses coupures de presse.

évoqué la possibilité d'approcher le Dr Pometta, médecin à l'Hôpital de Brigue¹⁶⁹, vers une solution à l'interne. Le Conseil de Faculté, « sur la proposition de Mr le Dr Roux »¹⁷⁰, demande la nomination d'un ancien chef de clinique de Roux, le Dr Henri Vulliet, qui obtient le poste.

*Le laboratoire de radiologie : un lieu d'affrontement entre Roux et Dind (1897-1922)*¹⁷¹

La découverte des rayons X par Röntgen en 1895 est un événement important pour la pratique chirurgicale et le développement des hôpitaux, non seulement parce que la radiologie devient bientôt un outil diagnostique sûr et objectif, mais aussi et surtout parce qu'il participe à la diffusion d'une certaine idée – "scientifique" – de la médecine dans le public, qui n'est pas sans effet sur la croissance de la demande de soins.¹⁷²

Au départ, les médecins ne savent pas encore exactement à quoi peut servir cette découverte pour leur pratique quotidienne¹⁷³ mais ils mesurent l'importance d'étudier mieux cette nouvelle technologie qui permet de voir à l'intérieur du corps. En 1897, le Conseil de Santé et des Hospices réfléchit à la création d'un service de radiologie à l'Hôpital et s'adresse à Roux pour qu'il fasse un rapport sur cette question¹⁷⁴. L'année suivante, cette commission décide l'installation d'un appareil de radiologie pour effectuer « des recherches médicales par le procédé des rayons de Röntgen. »¹⁷⁵ Même s'il ne connaît pas encore le parfait fonctionnement de cette technique, Roux en perçoit déjà l'utilité potentielle et ce premier laboratoire est installé dans le cadre de son Service de chirurgie. Cette décision entraîne alors une réaction du prof. de dermatologie Emile Dind, qui obtient l'accès à l'installation pour l'ensemble du corps médical vaudois (1898).

Cette installation est minimale – aucun employé n'y est spécialement attaché – mais elle permet déjà la prise de quelques clichés (118 en 1898 et 416 en 1901) et rencontre un succès certain : 2.2% des malades sont radiographiés en 1898 et 7.7% en 1901. L'administration

¹⁶⁹ Pometta (1869-1949) : médecin d'origine tessinoise, il travaille pour diverses entreprises dont la compagnie de chemins de fer du Berne-Lötschberg-Simplon qui est directement à l'origine de la fondation de l'Hôpital de Brigue. Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, pp. 155-157.

¹⁷⁰ ACV, K XIII 252 C, lettre du doyen de la Faculté de médecine au chef du Département de l'Instruction publique, 6 mars 1913.

¹⁷¹ Voir Georges Terrier, Danièle Calinon et Suzanne Ostini, « Histoire des débuts de la radiologie à Lausanne (1896-1921) », in *RMSR*, 1996, pp. 1001-1008.

¹⁷² C'est ce que montre pour le cas américain Joel Howell, *Technology in the Hospital...*, op. cit.

¹⁷³ Plusieurs biographes de Roux relèvent d'ailleurs l'anecdote selon laquelle il aurait répondu à son neveu et chef de clinique Jacques Roux qui venait de faire une radio pour une jambe cassée qu'« il faut être c... pour avoir besoin de tels documents pour traiter les fractures ». Voir par exemple Frédéric Saegesser, *César Roux...*, op. cit., p. 74.

¹⁷⁴ ACV, K VIII B 6, protocole des séances de la CSH, 1897.

¹⁷⁵ ACV, K VIII B 6, protocole des séances de la CSH, 2 mars 1898. C'est moi qui souligne.

hospitalière, qui voit là une occasion d'encaisser de nouvelles recettes permettant le développement de l'équipement, accède aux demandes des médecins et autorise l'accroissement du laboratoire. De nouveaux appareils sont achetés en 1904 et le laboratoire est confié à un chimiste d'origine allemande, le Dr Reiss¹⁷⁶. Celui-ci s'occupe exclusivement de radiographie – ce qui intéresse les chirurgiens – et un second laboratoire de radiologie, destiné à la radiothérapie, est ouvert la même année dans le service du prof. Dind (1904), à destination de l'ensemble du corps médical.

Le Dr Reiss quitte peu après son poste. Il est remplacé par un élève de Roux, le Dr Frédéric Wullyamoz (1906-1916), qui s'intéresse particulièrement à la radioscopie. Il met au point des instruments chirurgicaux permettant *L'extraction des corps étrangers sous le contrôle radioscopique*, sujet de sa thèse dirigée par Roux et acceptée en 1910. Un autre élève de César Roux, son neveu Jacques Roux, réalise peu après une thèse sur *L'emploi des rayons X avant l'appendicectomie* (1913). Il s'agit alors très clairement d'étudier l'utilité de cette innovation pour la pratique chirurgicale. Enfin, Wullyamoz crée une table d'opérations radioscopique, mais cette invention sera rapidement abandonnée lorsque sera admise la dangerosité des rayons, dont il meurt en 1917.

Cette phase de mise en place et d'acceptation de la radiologie se fait d'autant plus facilement que ce service devient peu à peu rentable pour l'Hôpital cantonal. Les premières taxes pour l'utilisation de l'installation radiologique sont payées – par des patients ou des médecins externes pour leur clientèle – dès l'années 1904. Elles deviennent bientôt une ressource financière importante pour l'hôpital (2.2% des recettes d'exploitation en 1904 et 10.6% en 1910) dont elle contribue à rendre possible la croissance¹⁷⁷.

La démission de Wullyamoz en 1916 est l'occasion de réformer l'organisation de la radiologie, dans un contexte de profonde restructuration de l'Hôpital cantonal durant l'entre-deux-guerres. Les deux laboratoires de l'établissement – celui de radiographie du Service de chirurgie et celui de radiothérapie du Service de dermatologie – sont réunis sous la direction technique et administrative d'un seul responsable. Ce n'est alors pas un élève de Roux qui est nommé à ce poste, mais un ancien chef de clinique du prof. Dind, le Dr Roger Isenegger

¹⁷⁶ Rodolphe-Archibald Reiss (1875-1929) : Dr en chimie, privat-docent de photographie, fondateur de l'Institut universitaire de police scientifique. Voir Jacques Mathyer, *Rodolphe A. Reiss. Pionnier de la criminalistique*, Lausanne, Payot, 2000, 208 p.

¹⁷⁷ Voir chapitre 2, pp. 166-169. C'est aussi ce qu'affirme Howell dans le cas américain. Voir Joel Howell, *Technology...*, op. cit.

(1916-1921). Le pouvoir de Roux a donc ses limites, surtout lorsqu'il se confronte à un professeur qui dispose comme lui d'importants appuis politiques¹⁷⁸.

Lorsque Isenegger démissionne, en 1921, la radiologie est une branche qui s'est émancipée et qui ne dépend plus d'autres spécialités médicales. Le Conseil de Faculté s'adresse ainsi au principal spécialiste romand de radiologie, le Dr Alfred Rosselet. Titulaire de doctorats en sciences (physique) et en médecine, il s'est imposé au début des années 1920 comme le radiologue romand de référence : il a organisé le Service de radiologie de l'Hôpital cantonal de Genève (1917-1920), avant d'entrer au service du Dr Auguste Rollier, à Leysin (1920-1922). Avec son arrivée à Lausanne, la radiologie devient un service autonome de l'Hôpital cantonal. L'année suivante, un cours de radiologie lui est confié comme privat-docent (1923) puis comme professeur (1926). Il se fait aussi connaître comme l'un des initiateurs du Centre anticancéreux romand, fondé à Lausanne en 1924. Rosselet s'impose comme un égal des autres professeurs de médecine.

*Roux et la lutte contre la tuberculose*¹⁷⁹

Avant les années 1900, les médecins distinguent généralement deux types de tuberculoses, à savoir une tuberculose dite chirurgicale, qui touche surtout les articulations, et une tuberculose dite médicale, généralement pulmonaire. Les chirurgiens interviennent pourtant dans les deux cas. En ce qui concerne le premier type, il est d'usage que l'on opère les malades, jusqu'à la mise au point par le Dr Auguste Rollier, ancien assistant de Kocher, de l'héliothérapie (cures de soleil), qui fera les beaux jours de Leysin et de la famille Rollier¹⁸⁰. Roux n'est pas absent des recherches médicales dans ce domaine : l'un de ses élèves, le Dr Alcide Giaque, réalise en 1926 sous sa direction une thèse intitulée *L'héliothérapie de la tuberculose du genou*. Installé comme médecin-gynécologue à Leysin et engagé dans la politique communale, il devient une personnalité de la "montagne magique".

¹⁷⁸ Comme Roux, Dind est radical. Lors de la création du Laboratoire central de radiologie (1916), il est député au Grand Conseil et siège dès l'année suivante au Conseil des Etats. L'opposition entre Roux et Dind est probablement plus profonde que la seule affaire de la radiologie. Il est possible que le premier – dont la position dominatrice est montrée ici – supporte mal le fait que Dind opère des cas de prostate, alors qu'il n'est pas rattaché au Service de chirurgie. On aurait affaire à une lutte de pouvoir pour le contrôle de la chirurgie dans l'ensemble de l'établissement. Les opérations de prostate par Dind sont citées dans les mémoires d'une ancienne diaconesse de son service. Voir *Dermatologie lausannoise 1915-1950. Souvenirs de Sœur Henriette Dufey*, www.dermanet.ch (site consulté en juillet 2003).

¹⁷⁹ Sur les établissements hospitaliers antituberculeux, voir pp. 323-327.

¹⁸⁰ Auguste Rollier s'installe à Leysin en 1903 et y ouvre de nombreux sanatoriums et cliniques. On estime qu'il en possède une trentaine dans les années 1930. Son entreprise médicale a une très forte teinte familiale, puisqu'il occupe dans ses cliniques deux de ses frères et au moins trois de ses quatre filles. Voir Maurice Andre, *Leysin, station médicale*, Pully, Les Iles futures, 2002, 310 p. et Geneviève Heller, « Leysin et son passé médical », in *Gesnerus*, 1990, pp. 329-344.

Quant au second type, il est traité – parfois dans les mêmes sanatoriums de Rollier – par repos des poumons et insufflation d’air (pneumothorax). Pour les malades qui ne peuvent pas subir cette intervention, on pratique la thoracoplastie (enlèvement de côtes pour affaïsser les poumons), une opération qui est pratiquée à l’Hôpital cantonal par César Roux, puis à Leysin, dans les cliniques de Rollier, par l’élève et beau-fils de Roux, le Dr Léon Picot, ainsi que par le spécialiste de chirurgie thoracique de Leysin, le Dr Gilbert de Rham. Dans ce domaine aussi, un médecin réalise sa thèse, en 1925, sous la direction de Roux¹⁸¹.

Roux n’est pas uniquement un professeur désireux de contrôler le développement de la chirurgie et de placer ses élèves et ses proches. Il intervient aussi pour des raisons philanthropiques dans la lutte contre la tuberculose. C’est même grâce à son engagement personnel que la Ligue vaudoise contre la tuberculose (LVT) – dirigée notamment par une ancienne interne de Roux, le Dr Charlotte Olivier¹⁸² – trouve les moyens financiers à l’ouverture à Leysin en 1918 d’un sanatorium pour tuberculeux chirurgicaux indigents de 50 lits, la Clinique Belmont¹⁸³.

L’appendicectomie : un enjeu entre cliniques chirurgicale et médicale¹⁸⁴

Hautement symbolique des succès de la nouvelle chirurgie, l’appendicectomie ne s’impose que difficilement et lentement au corps médical dans son ensemble et à la population comme le traitement approprié à l’inflammation de l’appendicite, traditionnellement pris en charge par des internistes. Ainsi que l’a montré pour les USA l’historien Dale C. Smith, la réticence ne provient toutefois pas uniquement des médecins internes, mais aussi de la part des chirurgiens exerçant en-dehors des centres universitaires, ainsi que de la population, qui craignent les risques d’une intervention chirurgicale. Durant près de deux décennies – les années 1880 et 1890 – l’élite chirurgicale américaine travaille à la justification scientifique et l’acceptation de l’appendicectomie, à force de conférences, d’articles et d’ouvrages sur la question, avant qu’un consensus ne s’établisse, au cours des années 1900, sur la prise en charge chirurgicale de telles affections¹⁸⁵. L’exemple suisse n’est pas aussi documenté mais il

¹⁸¹ Maxilian Herzig, *Etude sur la thoracoplastie*, Lausanne, Imprimeries réunies, 1925, 40 p.

¹⁸² Le Dr Charlotte Olivier s’occupe – informellement – du secrétariat central de la LVT en collaboration avec son époux, le Dr Eugène Olivier, secrétaire général (1913-1926). Voir Geneviève Heller, *Charlotte Olivier. La lutte contre la tuberculose dans le canton de Vaud*, Lausanne, Ed. d’en bas, 1992, 244 p.

¹⁸³ Maurice André, op. cit., p. 32.

¹⁸⁴ Charles Krafft, « La naissance de l’appendicite », in *RMSR*, 1915. Sur la question de l’appendicectomie, voir la riche documentation imprimée contenue dans le Fonds Charles Krafft de la Bibliothèque cantonale universitaire de Lausanne (IS 4960).

¹⁸⁵ Dale C. Smith, « Appendicitis, Appendectomy, and the Surgeons », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1996, pp. 414-441.

semble bien que Roux, ainsi que son interne Charles Krafft, jouent un rôle similaire à celui de l'élite chirurgicale américaine. Roux notamment occupe une place déterminante dans la diffusion de cette innovation, à travers les élèves qu'il forme et qui occupent des postes de chirurgiens dans les infirmeries locales¹⁸⁶, de même que dans l'information au public.

Diplômé de la Faculté de Zurich, le Dr Krafft occupe un poste de médecin interne à l'Hôpital cantonal de Lausanne lorsque Roux lui propose d'étudier l'appendicite, que l'on soigne alors mal, comme sujet de thèse (1888). Il se rend la même année en stage chez Volkmann, à Halle, où il opère une appendicite. Très rapidement, Roux accepte l'innovation de son élève, opère par centaines, publie les résultats dans des revues spécialisées¹⁸⁷ et en informe le grand public : « En 1901, à l'exposition de Vevey, Roux pouvait présenter une collection de plusieurs centaines d'appendices réséqués, et cela n'a pas peu contribué à populariser chez nous une opération qui devait prendre une extension imprévue. »¹⁸⁸ La présentation de « quelques centaines de ces organes [...] dans des bocaux alignés en imposantes séries »¹⁸⁹ fait forte impression sur les visiteurs. Le jury du groupe Hygiène de l'Exposition, emmené par le professeur de chirurgie genevois Auguste Reverdin, déclare en effet que « cette leçon de choses paraissait intéresser vivement le public et provoquait de sa part des questions et des réflexions parfois curieuses. »¹⁹⁰

Ces mises en scène ne sont pas gratuites mais contribuent à faire accepter la thérapie chirurgicale pour les appendicites qui se heurte à une large résistance de la part de médecins internistes issus de l'école française. A Lausanne, cette opposition est le fait du prof. Louis Bourget, chef du Service de médecine interne et formé à la Faculté de Genève¹⁹¹. Traditionnellement, les cas d'appendicites sont hospitalisés dans son Service de médecine et Roux s'insurge en 1908 de « la manière dans laquelle mon collègue Mr. Bourget s'adresse au grand public à propos de l'appendicite et de son traitement. »¹⁹² Roux demande un partage par moitié des cas entre les deux services : « il va de ma dignité de pouvoir défendre mon point de

¹⁸⁶ A l'exemple du Dr William Soutter, chirurgien à l'Hôpital d'Aigle. Voir ci-dessous, pp. 250ss.

¹⁸⁷ Il fait paraître de nombreux articles sur ce sujet dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (1889, 1890, 1891, 1892, etc.), suite à diverses présentations dans des congrès de chirurgie (Paris, Lyon, etc.) ou à la Société vaudoise de médecine.

¹⁸⁸ Charles Krafft, « La naissance de l'appendicite », op. cit., p. 10.

¹⁸⁹ *Exposition cantonale vaudoise, Vevey, 1901. Rapport du commissariat général et rapport du jury*, Vevey, 1905, p. 249.

¹⁹⁰ Ibidem.

¹⁹¹ La Faculté de médecine de Genève est alors fortement influencée par l'école française, notamment sa Clinique médicale, dirigée par le prof. Léon Revilliod, ancien interne des hôpitaux de Paris. Voir Philip Rieder, *La Faculté dans tous ses états...*, op cit.

¹⁹² ACV, K VIII B 92, lettre de Roux à la CSH, 6 janvier 1908.

vue – ce que je me garderai de faire en public du reste – tout au moins devant mes étudiants. »¹⁹³

Les divers conflits qui opposent Roux et Bourget reflètent la résistance d'internistes à une conception de la médecine centrée sur la chirurgie. Cela d'autant plus que les deux professeurs en question entrent en concurrence dans leur pratique privée : tous deux sont des figures dominantes de la "Mecque médicale" lausannoise et bénéficient des largesses du tourisme médical. Bourget s'est notamment construit une renommée mondiale autour des affections du système digestif. L'intervention de chirurgiens dans ce domaine de la médecine remet ainsi profondément en question sa position dominante¹⁹⁴. En fin de compte, le décès de Bourget (1913) et son remplacement par le prof. Louis Michaud, formé à l'Université de Berne ainsi que dans diverses cliniques allemandes, permet d'estomper les divisions entre les services de médecine et de chirurgie.

Le Service de chirurgie au départ de Roux

Avec une personnalité aussi imposante que celle de César Roux, il n'est pas aisé pour les générations suivantes de chirurgiens de préparer la succession du maître. Vers la fin de sa carrière, le titre de privat-docent est accordé à un ancien interne, le Dr Henri Paschoud (1925), puis à un élève de Niehans, le Dr Charles Perret (1926). C'est pourtant un ancien chef de clinique presque sexagénaire qui est nommé à la tête du Service de chirurgie, le prof. Henri Vulliet (1926).

A vrai dire, la question du successeur de Roux ne se pose pas. Il semble naturel que la chaire de chirurgie revienne au prof. Vulliet, ce d'autant plus que Roux « l'a toujours considéré et le considère encore comme son successeur »¹⁹⁵, ainsi que l'écrit le recteur au chef du Département de l'Instruction publique. Contrairement aux prescriptions légales qui veulent que la Faculté propose trois candidats au Conseil d'Etat, le poste laissé vacant par Roux n'est pas véritablement mis au concours¹⁹⁶. La nomination de Vulliet à la chaire de chirurgie alors qu'il est déjà âgé de 57 ans est un signe de reconnaissance à un fidèle élève de Roux, largement apprécié dans le monde médical, qui a vécu l'essentiel de sa carrière dans l'ombre du maître. Jusqu'à cette nomination, il n'a en effet occupé que des postes secondaires et sans

¹⁹³ Ibidem.

¹⁹⁴ Des conflits se nouent aussi entre Roux et Bourget à propos d'autres types de maladies, comme ceux atteints d'une tumeur au cerveau, que Roux ne veut pas mettre à disposition de Bourget (1909-1911). ACV, K VIII B 95 et 100.

¹⁹⁵ ACV, K XIII 342 C, lettre du recteur au chef du Département de l'Instruction publique, 17 juillet 1926.

¹⁹⁶ Le dossier de nomination du professeur de chirurgie ne contient aucun document permettant d'envisager qu'un autre chirurgien, Vaudois ou non, ait cherché à accéder à cette chaire. ACV, K XIII 342 C1, 1926, 42/15.

grande visibilité sociale dans les établissements hospitaliers du canton (chirurgien à l'Hospice de l'Enfance et consultant dans de nombreux hôpitaux régionaux). De même, son parcours universitaire s'est construit dans une branche sans grande renommée, laissée vacante par Roux, la médecine des accidents.

Il est tout de même relativement curieux qu'un Hôpital aussi renommé que celui de Lausanne au départ de Roux (1926) nomme à un poste si important un médecin, dont le savoir-faire et les compétences ne sont certes pas mis en cause, mais qui arrive au terme de sa carrière. C'est d'autant plus surprenant que cela ne correspond pas à une pratique répandue dans la Faculté. Mis à part Gustave Delay, nommé professeur de polyclinique en 1925 à l'âge de 52 ans, après avoir occupé le poste de chef du Service sanitaire cantonal pendant douze ans, les professeurs en charge d'un service hospitalier nommés dans les années 1920 sont généralement des trentenaires : Ramel a 30 ans (dermatologie, 1925), RoCHAT 35 ans (gynécologie-obstétrique, 1929) et Rosselet 39 ans (radiologie, 1922).

Vulliet n'a pas le temps de former sa propre école chirurgicale et de nombreux élèves. Son principal chef de clinique (1926-1930), le Dr Eugène Urech, est un ancien interne de Roux qui se fera essentiellement connaître comme médecin-chef de l'Hôpital de Saint-Loup et qui fera une carrière universitaire dans l'équipe du prof. Decker. La période Vulliet est donc un moment de transition.

Quant à Roux, retraité, il ne disparaît pas pour autant de la Faculté. Lorsqu'il s'agit de remplacer son successeur Vulliet, décédé en 1932, c'est à lui que ses anciens collègues demandent d'expertiser la liste des candidats proposés au Conseil d'Etat (Decker, Paschoud et Perret). Leur choix concorde : il faut nommer un autre élève du maître, Pierre Decker¹⁹⁷.

Les élèves de Roux ou la vénération du « cher maître »

L'importance de Roux pour toute une génération de médecins n'est pas seulement due à la position dominante qu'il occupe à l'Hôpital cantonal de Lausanne, mais aussi au fait qu'il est le premier à enseigner la chirurgie à la Faculté de médecine et qu'il le fait pendant 36 ans (1890-1926). Il est néanmoins difficile de déterminer qui sont exactement les *élèves* du prof. Roux. En effet, si tous les étudiants inscrits à la Faculté de médecine de Lausanne entre 1890 et 1926 ont suivi les cours de chirurgie, cela en fait-il pour autant des *élèves* de Roux ? De même, il est difficile d'évaluer l'impact d'un semestre d'internat en chirurgie sur le devenir de la carrière médicale et sur le savoir-faire acquis. A un degré ou à un autre, les centaines de

¹⁹⁷ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 19 septembre et 10 octobre 1932.

médecins diplômés de l'Université de Lausanne jusqu'en 1926 sont pourtant tous des *élèves* de Roux, au moins dans le sens qu'ils participent à la diffusion d'une image mythifiée du maître.

Cependant, dans la perspective du développement de la chirurgie hospitalière, le nombre d'*élèves* est beaucoup plus réduit. Intéressons-nous aux médecins qui ont véritablement travaillé aux côtés de Roux dans le Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal : les chefs de clinique, les internes et les doctorants¹⁹⁸.

Les chefs de cliniques

Le poste de chef de clinique est créé avec la Faculté de médecine (1890). Il s'agit d'un médecin qui agit comme intermédiaire – à l'égal de l'ingénieur des entreprises industrielles – entre le professeur et le corps subalterne (internes, diaconesses, infirmières). A l'époque de Roux, il fonctionne aussi en tant que médecin-adjoint : il assiste directement le maître durant les opérations et dirige parfois lui-même l'intervention¹⁹⁹. Il s'agit donc d'un poste important et prestigieux – on utilise ce titre dans le papier à lettres – qui permet d'acquérir une large expérience en matière chirurgicale. Douze médecins s'y succèdent pendant une durée moyenne de trois ans.

Quelques-uns de ces chefs de clinique ne font par la suite pas spécialement carrière dans la chirurgie – Maurice Campart, Louis Senn et Hermann Seiler s'établissent comme généralistes, respectivement à Lausanne, à Genève et à Berne – mais ils sont des exceptions, et Louis Senn tentera de revenir sur la scène chirurgicale en se présentant à la succession de Vulliet à la chaire de chirurgie (1932)²⁰⁰.

Plusieurs jouent un rôle déterminant dans la diffusion de la nouvelle chirurgie et le développement hospitalier dans des contrées restées jusque-là en marge. Le Dr Gustave Clément, de retour à Fribourg en 1900, devient la référence cantonale en matière de chirurgie. Il opère dans sa clinique privée et occupe les postes de chirurgien des deux principaux établissements fribourgeois, l'Hôpital des Bourgeois et l'Hôpital cantonal, et fonctionne

¹⁹⁸ Les noms de ces médecins sont connus pour les années 1891-1922 grâce au *Catalogue des étudiants de l'Université de Lausanne, 1891-1922*. Dès 1923, ces documents ne répertorient plus les internes et chefs de clinique. Les archives de la Faculté de médecine n'ont pas permis d'identifier ces personnes après 1923. Les informations biographiques sur ces médecins sont tirées des fichiers biographiques des Archives de l'Etat de Genève, des dossiers ATS conservés aux Archives cantonales vaudoises, ainsi que des dictionnaires et ouvrages cités en bibliographie.

¹⁹⁹ Selon les registres opératoires que les chefs de clinique signent parfois eux-mêmes. Voir Marina Borboën, *Etude des livres opératoires de l'Hôpital cantonal de Lausanne de 1891 à 1930. Contexte et évolution de l'anesthésiologie*, Université de Lausanne, thèse de doctorat en médecine, 1996, 201 p.

²⁰⁰ Sa candidature n'est pas retenue. Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 10 octobre 1932.

comme chirurgien-consultant dans les hôpitaux régionaux de Riaz, Châtel-St-Denis, Billens, Payerne et Estavayer-le-Lac. Quant au Dr Victor Vella, il s'établit au Tessin et prend en charge les services chirurgicaux des hôpitaux de Lugano et de Mendrisio, tout en opérant à la Clinique de Moncucco. Il est le premier chirurgien-modernisateur à s'installer au Tessin et acquiert une autorité indiscutée dans le canton jusqu'à son décès en 1921²⁰¹. Enfin, deux chefs de cliniques prennent en main la modernisation d'infirmes locales vaudoises, le Dr Cuendet à Yverdon, et le Dr Piotet à Aubonne, Nyon et Rolle.

Tab. 5 Chefs de clinique de la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal, 1891-1923

Période de fonction	Nom
1891-1893	Hermann Seiler
1893-1894	Maurice Campart
1894-1896	Henri Vulliet
1896-1899	Gustave Clément
1899-1901	Victor Vella
1901-1905	Louis Senn
1905-1908	Paul Campiche
1908-1910	Albert Reverdin
1910-1914	Jacques Roux
1914-1920	Léon Picot
1920-1923	Samuel Cuendet
1923-1925	Gustave Piotet

D'autres chefs de clinique s'engagent dans une voie académique et occupent des chaires de chirurgie. Henri Vulliet est nommé privat-docent peu après son temps de chef de clinique (1898). A côté de ses activités en milieu hospitalier – chirurgien de l'Hospice de l'Enfance (1910-1926) – il exerce comme professeur en médecine des accidents (1913-1926) et succède à Roux lors de son départ à la retraite (1926). Quant à Albert Reverdin, de retour à Genève, il fonde la Clinique Beaulieu avec son cousin, le célèbre chirurgien genevois Jacques-Louis Reverdin (1919), et obtient un poste de chirurgien adjoint à la Faculté de médecine, dans le service du prof. Kummer. Enfin, le Dr Paul Campiche s'établit aux Etats-Unis et devient professeur à la Faculté de médecine de San Francisco (1908).

Enfin, César Roux songe à ses proches. Son neveu Jacques Roux et son beau-fils Léon Picot sont nommés chefs de clinique pour des durées exceptionnelles de cinq ans chacun, expérience d'autant plus utile pour le premier qu'il seconde par la suite César dans sa clinique

²⁰¹ Virgilio Chiesa, *L'Ospedale civico di Lugano*, Bellinzona/Lugano, 1944, p. 111.

privée. Quant à Picot, il rejoint le cas des chirurgiens modernisateurs vaudois et occupe le poste de chirurgien de l'Hospice de l'Enfance suite au départ de Vulliet (1926-1957).

Ces quelques destinées suffisent à montrer l'importance du poste de chef de clinique dans la construction d'une carrière chirurgicale. La chirurgie telle qu'enseignée par Roux est une branche généraliste. Il n'y a pas de place pour l'émergence de spécialités chirurgicales. L'essentiel des connaissances sont transmises par le maître. Ses disciples les plus proches deviennent des chirurgiens généralistes renommés et participent à la diffusion dans l'espace du savoir-faire acquis dans le Service chirurgical de Roux.

*Les internes*²⁰²

L'internat est une période qui se situe en général directement après l'obtention du diplôme de médecine et qui peut durer de un à quatre, voire cinq, semestres. C'est durant ce stage que le jeune médecin acquiert sa formation pratique. Il assiste aux opérations, sous les ordres de Roux et du chef de clinique. Il va sans dire que de nombreux médecins font un internat de chirurgie alors même qu'ils se savent destinés à une carrière de généraliste, ou de spécialiste dans une autre branche de la médecine : ils représentent plus de la moitié des internes, si l'on y ajoute les professeurs de médecine qui enseignent une autre branche que la chirurgie. Mais plusieurs de ces médecins qui ne font pas carrière dans la chirurgie s'engagent en faveur des infirmeries locales de leur région de domicile, dont ils assurent parfois une partie du service de médecine interne (Henri Céresole à Morges, William Francken à Nyon, Félix Mercanton à Montreux, Charles Miéville à Vevey). Ils s'avèrent aussi des promoteurs du développement des infirmeries, aux côtés des chirurgiens-modernisateurs. Même s'ils ne bénéficient pas directement pour leur pratique professionnelle de la modernisation hospitalière, celle-ci contribue toutefois au prestige de la corporation médicale dans son ensemble.

Tab. 6 Carrière poursuivie par les internes de la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal, 1891-1922

Carrière professionnelle	Nombre	En %
Généraliste ou autre branche que la chirurgie	23	37.1
Chirurgien-modernisateur	16	25.8
Prof. à la Faculté de Lausanne dans une autre branche	3	4.8
Prof. de chirurgie ailleurs qu'à Lausanne	5	8.1
Non identifié	15	24.2
Total	62	100.0

²⁰² Voir les notices biographiques en annexe 1.

Un quart des internes de Roux fait une carrière chirurgicale, dont plusieurs dans les infirmeries locales vaudoises qu'ils réorganisent et modernisent : Samuel Cuendet et Ernest Demiéville à Yverdon, Henri Curchod à Saint-Loup, Walter Moehrlen à Orbe et Henri Vuilleumier à Bex. D'autres en font de même en-dehors du canton de Vaud, comme les frères Alfred et Victor Vella dans le Tessin, Alfred Germanier à Sion²⁰³, Albert Reverdin à Genève, Fritz Dumont à Berne ou Félix Augsburgers à Moutier. Ces hommes ont une importance considérable dans le développement des hôpitaux régionaux car ils y apportent la nouvelle chirurgie et jouent un rôle essentiel dans leur modernisation²⁰⁴. Ensuite, plusieurs internes deviennent des figures incontournables de la chirurgie lausannoise de l'entre-deux-guerres. Ils occupent divers postes de privat-docent ou de professeur à la Faculté (Decker, Paschoud, Vulliet) et entrent en concurrence lors des reconductions de chaires. Enfin, quelques-uns s'exilent et font carrière à l'étranger, comme Jean Brossy, établi à Londres en 1916 et nommé membre du Collège royal de chirurgie d'Angleterre en 1919. Certains occupent des chaires universitaires hors de Suisse : Paul Campiche à San Francisco, André Crotti à Colombo (USA) et Paul Calame à Shanghai.

Le poste d'interne du Service de chirurgie n'est donc pas uniquement un tremplin vers la carrière chirurgicale. Il est plutôt considéré comme un complément pratique à la formation de médecin. En revanche, ce qui est important dans la perspective du développement du système hospitalier vaudois, c'est que l'ensemble de ces médecins, où qu'ils soient et quoi qu'ils fassent, se sentent *élèves* de Roux et agissent comme tels. L'admiration et la reconnaissance envers le maître se révèlent notamment lors d'anniversaires ou de célébrations publiques en l'honneur de Roux, qui voient la participation de l'écrasante majorité des praticiens vaudois. Ainsi, à l'occasion des vingt-cinq ans de Roux passés à la tête du Service de chirurgie (1912), la Société vaudoise de médecine organise un jubilé à l'occasion duquel elle remet au maître une somme de plus de 51'000 francs destinée à l'entretien et à la modernisation de la clinique chirurgicale de l'Hôpital. Ce geste, qui contribue largement à l'agrandissement du service en 1913-1914, est le fait d'un millier de collègues et d'amis de Roux mais aussi « de vos anciens internes et assistants, de vos anciens élèves [qui] ont tenu à vous offrir aujourd'hui un témoignage de leur affection et de leur reconnaissance. »²⁰⁵ Trois ans plus tard, les médecins vaudois célèbrent les vingt-cinq ans du maître passés à la tête de la chaire de chirurgie (1915).

²⁰³ Voir Vincent Barras et Marie-France Vouilloz Burnier, op. cit., pp. 278-280.

²⁰⁴ Pour le canton de Vaud, voir chapitre 3.

²⁰⁵ ACV, Dossiers ATS, Roux César, dédicace accompagnant la remise du chèque. Je n'ai malheureusement pas pu obtenir la liste – non publiée – des contributeurs.

Un banquet réunit quelque 180 invités, parmi lesquels le maître du maître, le prof. Theodor Kocher, au Lausanne Palace. Un volume spécial de la *Revue médicale de la Suisse romande* est remis à Roux en hommage.

Les doctorants

Enfin, plusieurs médecins peuvent être considérés comme des élèves de Roux alors même qu'ils n'ont pas été ses étudiants. Ce sont des médecins qui ont généralement étudié ailleurs qu'à Lausanne, souvent avant l'ouverture de la Faculté de cette ville, et qui viennent faire leur doctorat dans le service de Roux. Parmi ces élèves, les plus connus sont Charles Krafft (thèse soutenue en 1888) et Louis Perret (1892), dont les carrières ont été évoquées ci-dessus. Roux accueille aussi en 1917 sa nièce Marie Béguone, qui a réalisé ses études de médecine en Russie²⁰⁶, puis son petit-neveu Jean Knecht en 1922. D'autres médecins qui ne pratiquent pas dans le canton de Vaud viennent aussi se perfectionner et réaliser leur thèse sous la direction de Roux. Citons le cas du Dr César Matthey. Diplômé de l'Université de Zurich, il travaille comme généraliste dans le canton de Neuchâtel où il est appelé en 1893 à reprendre la direction de l'Hôpital Pourtalès, dont le service chirurgical est l'un des plus importants du canton²⁰⁷. Avant de commencer son activité hospitalière, il entreprend des stages de perfectionnement à Zurich, Berne et Lausanne, où il passe quelques mois dans le service de Roux pour y obtenir le doctorat²⁰⁸. De retour à la tête de l'Hôpital Pourtalès, il développe essentiellement la maternité – il n'en existe pas encore en ville de Neuchâtel – et laisse après 1903 la chirurgie à un confrère. Enfin, certains docteurs de Roux font carrière à l'étranger, comme le Dr Alfred Métraux, qui, après l'obtention du doctorat en 1907, s'installe en Argentine et devient directeur du Service de chirurgie de l'Hôpital de Mendoza.

Un esprit de corps

Pour tous ces élèves, la période de travail dans le Service chirurgical de Roux est comme un rite de passage, qui permet l'entrée dans une véritable caste à l'esprit de corps très développé, un phénomène caractéristique de ce milieu professionnel dans lequel les chirurgiens se considèrent comme des membres de l'école de tel ou tel maître. Roux est un professeur exigeant, tous les témoignages s'accordent sur ce point. Ainsi, en 1912, il s'oppose à ce que l'Etat autorise certains chefs de clinique à pratiquer hors de l'Hôpital : dans sa conception

²⁰⁶ Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, op. cit., p. 380.

²⁰⁷ Sur l'Hôpital Pourtalès, voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 128-131.

²⁰⁸ « Docteur César Matthey (1859-1923) », in *RMSR*, 1923, pp. 772-773.

hiérarchique et autoritaire du travail, ils doivent tout leur temps à la clinique universitaire. Avoir subi les difficultés de servir Roux (grande charge de travail, horaires épuisants, colères du maître, etc.) soude les jeunes chirurgiens, qui partagent de plus la conscience d'avoir acquis du maître un savoir-faire commun.

En contrepartie, Roux sait récompenser ses disciples les plus doués – les plus fidèles ? – qu'il recommande personnellement à la tête d'établissements hospitaliers comme le Dr Charles Krafft à l'Ecole de La Source (1891)²⁰⁹ ou le Dr Henri Curchod, interne en 1906-1907, pour la reprise de l'Hôpital de Saint-Loup (1907)²¹⁰. De plus, on a vu ci-dessus la part belle que Roux fait à ses élèves dans le cadre de la Faculté de médecine (Perret, Vulliet, etc.). Il ne cherche d'ailleurs pas seulement à ce que ses élèves occupent des postes importants, mais les soutient aussi dans l'amélioration de leur statut. Ainsi, lors de la nomination de Vulliet à la chaire de médecine des accidents (1913), il intervient auprès du Conseil de Faculté pour demander que celui-ci « sollicite pour le Dr Vulliet le titre de professeur extraordinaire de chirurgie, même s'il est chargé de la Chaire des accidents du travail [...] un titre conforme à sa spécialisation »²¹¹, ce qui est accordé.

En 1897, le Dr Louis Perret écrit à Roux qui l'a aidé pour une publication, afin de le remercier « du fond du cœur de ce que vous vous occupiez de votre vieil interne au milieu de tous vos tracas et toutes vos occupations. »²¹² Pour Perret comme pour les autres élèves, Roux reste le « cher maître » à qui on s'adresse en cas de doute²¹³, le « maître vénéré »²¹⁴ dont parle le prof. Paul Reinbold en 1926. Quant à ceux qui s'opposent ouvertement à Roux – fort peu nombreux il est vrai – ils attirent la vindicte des élèves fidèles. Parlant du Dr Paschoud qui s'en prend violemment au maître pour ne pas avoir été nommé à la chaire de chirurgie au décès de Vulliet (1932)²¹⁵, le Dr Perret déclare : « Je méprise cet individu qui s'est permis d'accuser notre vénéré Patron et mon excellent ami le Prof. Roux de déloyauté. »²¹⁶ Cette

²⁰⁹ ALS, B1-1.j., lettre de Roux à Mme de Gasparin, 20 janvier 1891.

²¹⁰ Institution de diaconesses de Saint-Loup, Rapport annuel 1907-1908, p. 19.

²¹¹ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 5 mars 1913.

²¹² ACV, Fonds Roux, lettre du Dr Perret-Jeanneret à César Roux, 1^{er} juillet 1897.

²¹³ Le Fonds César Roux des ACV conserve une volumineuse correspondance médicale reçue de ses anciens élèves, qui demandent un avis conforme à leur maître.

²¹⁴ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 14 juin 1926. Reinbold prononce ces paroles à l'occasion du départ à la retraite de Roux.

²¹⁵ Voir ci-dessous, p. 95.

²¹⁶ ACV, Fonds Roux, lettre du Dr Perret-Jeanneret à un destinataire inconnu, non datée.

admiration amène même le Dr Charles Krafft à prénommer son premier fils Henry-César en hommage à Roux²¹⁷.

La formation professionnelle à l'école Roux : prédominance de la pratique et organisation rationnelle du travail

César Roux a une vision tout à fait utilitariste de la chirurgie. Son enseignement doit être utile et applicable. Avec une telle conception, il s'inscrit à part entière au sein des élites radicales rationalistes qui font entrer les sciences et la techniques à l'Académie – où il enseigne depuis 1884 – qu'ils transforment en Université (1890)²¹⁸, le rôle de cette haute école étant de former les élites modernisatrices dont le canton de Vaud a besoin (ingénieurs, médecins, magistrats, etc.) et ainsi de « répondre à une logique des besoins propre à couvrir les demandes sociales et professionnelles des appareils d'Etat et de la société civile. »²¹⁹ Roux est tout à fait acquis à ce volontarisme et participe lui-même à du lobbying en faveur de l'affectation du legs Rumine à la construction des bâtiments académiques en 1886, étape décisive vers la fondation d'une Université²²⁰.

Dès l'ouverture de la Faculté de médecine, Roux fait en sorte que ses élèves aient une formation essentiellement pratique. En 1891, il demande au Conseil de Faculté que l'on exige des candidats à l'examen professionnel qu'ils aient auparavant effectué un stage pratique en milieu hospitalier²²¹. Il revient à charge en 1894 pour que la Faculté intervienne auprès du Conseil fédéral pour proposer l'exemption de service militaire pour les internes : il faut selon Roux « donner plus d'importance au stage à l'Hôpital et moins au service de caserne ; tandis que c'est l'inverse qui a lieu actuellement. Les jeunes médecins sont en effet constamment forcés d'interrompre leur internat pour aller manœuvrer sur les places d'armes. »²²² Bien qu'il n'obtienne pas l'aval des autorités fédérales sur ce point précis – sur lequel il revient par ailleurs en 1908 – Roux n'est pas seul à exiger des stages pratiques en milieu hospitalier pour les jeunes médecins. Des demandes similaires proviennent d'autres universités, notamment de celle de Zurich, et ont notamment pour but d'harmoniser les études médicales en Suisse et de

²¹⁷ Selon Paul Gasser, *Charles Krafft (1863-1921), ein Pionier der Appendektomie und der Krankenpflege in Europa*, Basel, Schwabe & Co, 1977, p. 10. Krafft aurait par ailleurs prénommé son troisième fils Agénor en souvenir d'Agénor de Gasparin, philanthrope et époux de la fondatrice de La Source.

²¹⁸ Voir Laurent Tissot, *Politique, société et enseignement supérieur dans le canton de Vaud. L'Université de Lausanne, 1890-1916*, Lausanne, Payot, 1996, 400 p.

²¹⁹ Ibidem, p. 341.

²²⁰ Ibidem, pp. 49-51.

²²¹ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 14 juillet 1891.

²²² Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 16 mai 1894.

les rendre compatibles avec celles prodiguées en Allemagne. Un stage en milieu hospitalier d'une durée de six mois – puis d'une années dès 1909 – est théoriquement obligatoire mais n'est pas sans poser de problèmes d'application. En effet, dans le canton de Vaud, les infirmeries locales sont trop modestement organisées pour que l'on y conçoive des possibilités d'internat développées. Elles sont encore essentiellement caritatives et les médecins du lieu y exercent selon un tournus qui varie de trois à six mois selon les endroits. Il n'y a donc pas vraiment de médecin-chef qui puisse y superviser le travail de l'assistant. L'essentiel de la formation se fait donc à Lausanne, dans le Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal.

De plus, Roux fait partie de cette « frange importante des professeurs d'origine vaudoise, soucieux avant tout de l'aspect pratique et professionnel de la Faculté [qui s'opposent] à l'ensemble des professeurs, étrangers aux filières de formation interne, sensibles essentiellement à son aspect scientifique et expérimentaliste. »²²³ La nomination de certains professeurs dans les années 1910 est l'occasion de voir s'affronter ces deux logiques universitaires et de remarquer que Roux se situe du côté des tenants d'une formation d'abord pratique. Lorsqu'il est question de trouver un successeur au prof. Bourget à la chaire de pathologie interne et clinique médicale (1913), certains membres de la Faculté relèvent la nécessité d'avoir un professeur acquis à l'anatomie pathologique et à la chimie physiologique. Ils soutiennent le Dr Louis Michaud, diplômé de la Faculté de Berne et professeur adjoint à Kiel, mais se heurtent à certains de leurs collègues plutôt favorables à la nomination d'un médecin issu de la filière vaudoise, dont César Roux qui déclare « inutile de provoquer le dégoût de nos étudiants par des études trop abstraites et des formules chimiques. »²²⁴ En fin de compte, le Dr Jules Taillens, ancien interne des prof. Roux et Demiéville et privat-docent de médecine interne depuis 1903, est nommé professeur extraordinaire aux côtés de Michaud, qui obtient la chaire et la direction du service clinique, cette double nomination résultant d'un compromis au sein de la Faculté.

Chez Roux, les jeunes médecins apprennent à travailler dans un cadre hiérarchisé, rationalisé et mécanisé. Ce type d'organisation du travail est le fruit d'une double influence sur Roux : celle de la chirurgie allemande dans ses années de formation et celle de la culture technique qui imprègne le milieu familial. Lors de son stage à Vienne chez le prof. Billroth (1881), Roux se dit en effet très impressionné par le nombre d'assistants et l'organisation du travail. Dans une lettre à sa fiancée, il écrit qu'« il y a huit assistants, dont deux seulement ont affaire

²²³ Laurent Tissot, *Politique, société ...*, op. cit., p. 164.

²²⁴ ACV, K XIII, C1 1913, cité par Laurent Tissot, *Politique, société ...*, op. cit., p. 168.

avec la plaie ; les autres jouent le rôle de Wärter²²⁵ littéralement [...]. Ce sont aussi tous des médecins patentés. Billroth a une extrême confiance en son premier et second assistant, lorsqu'il est fatigué il les laisse terminer l'opération et raconte des histoires tout en s'essuyant la figure et caressant son gros ventre. »²²⁶ L'organisation très hiérarchisée des cliniques chirurgicales de l'école allemande est le reflet d'une culture de l'ordre et de l'obéissance. Mais il faut aussi rappeler qu'on se trouve à une époque où les connaissances chirurgicales limitées et en construction permettent aux professeurs de chirurgie une mainmise théorique et pratique sur l'ensemble du travail de leur clinique. La formation de chirurgien reste très généraliste et l'absence de spécialités chirurgicales autonomes joue en faveur d'une organisation hiérarchisée du travail, bien que cela ne soit pas une règle absolue²²⁷.

Il faut aussi souligner l'importance de la culture technique dans l'entourage familial de Roux. Ses deux frères aînés Félix et Louis font tous deux carrière à l'Ecole industrielle de Lausanne, l'un des hauts-lieux de formation des ingénieurs du canton de Vaud²²⁸, tandis que sa sœur Marie épouse en seconde noce un professeur de mathématiques de l'Université, Hermann Amstein. L'une des filles de César Roux, Marie-Hélène, obtiendra quant à elle le doctorat en physique²²⁹. La famille Roux est ainsi immergée dans une culture technique et scientifique au sein de laquelle l'organisation rationnelle des grandes unités de travail (entreprises privées, administrations publiques, hôpitaux, etc.) est un souci omniprésent.

Dans la conception généraliste de la chirurgie qui est la sienne, Roux est donc le chef du service et tous lui doivent une obéissance absolue. Aussi, lorsqu'en 1914 le Dr Henri Paschoud, jeune interne ambitieux de 27 ans, demande que ce soit lui qui obtienne le poste de chef de clinique plutôt qu'un autre – le Dr Picot, futur beau-fils du maître... – Roux lui répond : « Si vous voulez rester ici, il faut apprendre à obéir et non à discuter. »²³⁰ La hiérarchisation de la clinique chirurgicale s'observe aussi dans la division du travail autour de la table d'opérations. Selon le Dr Souttar, chirurgien britannique qui visite les diverses cliniques chirurgicales universitaires de Suisse en 1910, « dans chaque hôpital le professeur

²²⁵ Infirmier, garde-malade.

²²⁶ Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, op. cit., p. 96.

²²⁷ La Clinique universitaire de Berne sous le prof. de Quervain est organisée de manière relativement peu hiérarchisée. Selon le médecin britannique H.S. Souttar, qui visite les diverses cliniques universitaires de chirurgie de Suisse vers 1910 « la Clinique universitaire de Berne diffère des autres en ce sens que sur les 600 lits chirurgicaux de l'hôpital le Professeur de Quervain n'a le contrôle que sur 100 lits. Les Drs Arndt et Wildbolz ont la charge des autres lits et sont évidemment considérés par le Professeur de Quervain comme des égaux. » BCU Lausanne, Fonds César Roux, H.S. Souttar, *Les Cliniques chirurgicales en Suisse*, 1923, n.p.

²²⁸ Voir *L'Ecole industrielle cantonale. Notice historique*, Lausanne, Payot, 1902, 234 p. + annexes.

²²⁹ Maxime Reymond, op. cit.

²³⁰ Selon une lettre d'Henri Paschoud à César Roux, 5 juin 1931. ACV, Fonds César Roux.

est le chef, ses assistants étant essentiellement des subordonnés. »²³¹ Il est particulièrement impressionné par l'organisation du Service chirurgical de l'Hôpital cantonal de Lausanne : après avoir opéré une patiente dans son auditoire devant ses étudiants, Roux transmet le corps du malade dans une arrière-salle pour être recousu et pansé par des assistants et passe au malade suivant. Cette organisation permet au professeur d'exposer une multitude de cas à ses étudiants et d'entreprendre un nombre important d'opérations. Selon les livres opératoires conservés²³², Roux occupe une place dominante dans la salle d'opérations et ne laisse que peu à peu la main à ses chefs de clinique. Il reproduit ainsi l'organisation du travail telle qu'il l'a connue dans le service de Kocher²³³.

Tab. 7 Opérations du Service de chirurgie, médecin responsable de l'intervention, 1891-1920²³⁴

	1891	1892	1893	1898	1899	1901	1903	1910	1919	1920
Opérations	945	930	1068	1178	1168	1336	1230	1027	1329	1313
Roux	599	601	627	624	596	601	554	452	292	355
Roux (en %)	64	64	59	53	51	45	45	44	22	27
Chef de clinique	-	-	-	259	257	-	-	-	558	394
Chef de clinique (en %)	-	-	-	22	22	-	-	-	42	30
Autres	346	329	441	295	315	735	676	575	479	564
Autres (en %)	36	36	41	25	27	55	55	56	36	43

La Clinique chirurgicale ouverte en 1883 ne donne pas satisfaction à Roux, pour des raisons de place insuffisante et d'équipement obsolète. Il en revendique la transformation au moins depuis les années 1900. Dans un rapport envoyé à la direction de l'Hôpital en 1906, il demande la réalisation de salles nouvelles pour y effectuer des tâches précises (préparation des malades, pansements, stérilisation, etc.), déclarant qu'« une bonne partie des locaux demandés existe déjà, mais dans des conditions déplorables, sur lesquelles je serais heureux de renseigner les incrédules. »²³⁵ Il obtient même en 1910 l'autorisation d'utiliser une partie des locaux administratifs de la direction pour son service surchargé. En 1912, les autorités

²³¹ BCU, Fonds César Roux, H.S. Souttar, *Les Cliniques chirurgicales en Suisse*, 1923, n.p.

²³² Voir Marina Borboën, op. cit.

²³³ En 1882, Benjamin Baudraz a recensé 299 opérations dans le service de Kocher. Ce dernier en a fait lui-même 212 (soit 71%), Roux 70 (23%) et les autres assistants 17 (6%). Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, op. cit., p. 216.

²³⁴ Marina Borboën, op. cit. Seules les années présentées ici sont disponibles pour la période Roux.

²³⁵ ACV, K IX, 1218/42 A, Indications sommaires pour la transformation du bloc central du service de chirurgie, 25 février 1906.

politiques accèdent à la demande de Roux. Ce dernier fait envoyer l'architecte de l'Etat Eugène Bron visiter des établissements hospitaliers allemands (Bonn, Cologne, Düsseldorf, Francfort, Mulhouse, Strasbourg, Wiesbaden), après quoi ils dressent ensemble les plans de la nouvelle clinique, dont Roux en finance l'essentiel avec le fonds de son service²³⁶. La nouvelle clinique de chirurgie est ouverte en 1914. Selon un député, « cette installation est une des plus perfectionnées de Suisse. »²³⁷ Roux a voulu s'équiper des dernières innovations médicales (infrastructure médico-technique de la maison Schaerer), entre autres d'une installation radiologique propre à son service et d'un laboratoire d'analyses. Il reflète en cela le modèle d'organisation allemand qui voit la présence de l'infrastructure diagnostique à l'intérieur des cliniques, et non de manière autonome et centralisée à l'intérieur de l'hôpital.

Cette nouvelle clinique chirurgicale, équipée de matériel Schaerer, correspond à une conception rationalisée et centralisée de la pratique chirurgicale. Jusqu'alors, l'organisation spatiale du Service de chirurgie s'avère très simple. La salle d'opération est hébergée dans la rotonde centrale qui forme comme une excroissance du bâtiment hospitalier. L'infrastructure diagnostique, apparue après la construction de l'Hôpital cantonal de 1883, est hébergée dans diverses salles du Service de chirurgie (ensemble du rez-de-chaussée), sans qu'aucune réflexion globale sur l'organisation spatiale du service n'ait présidé à ces installations.

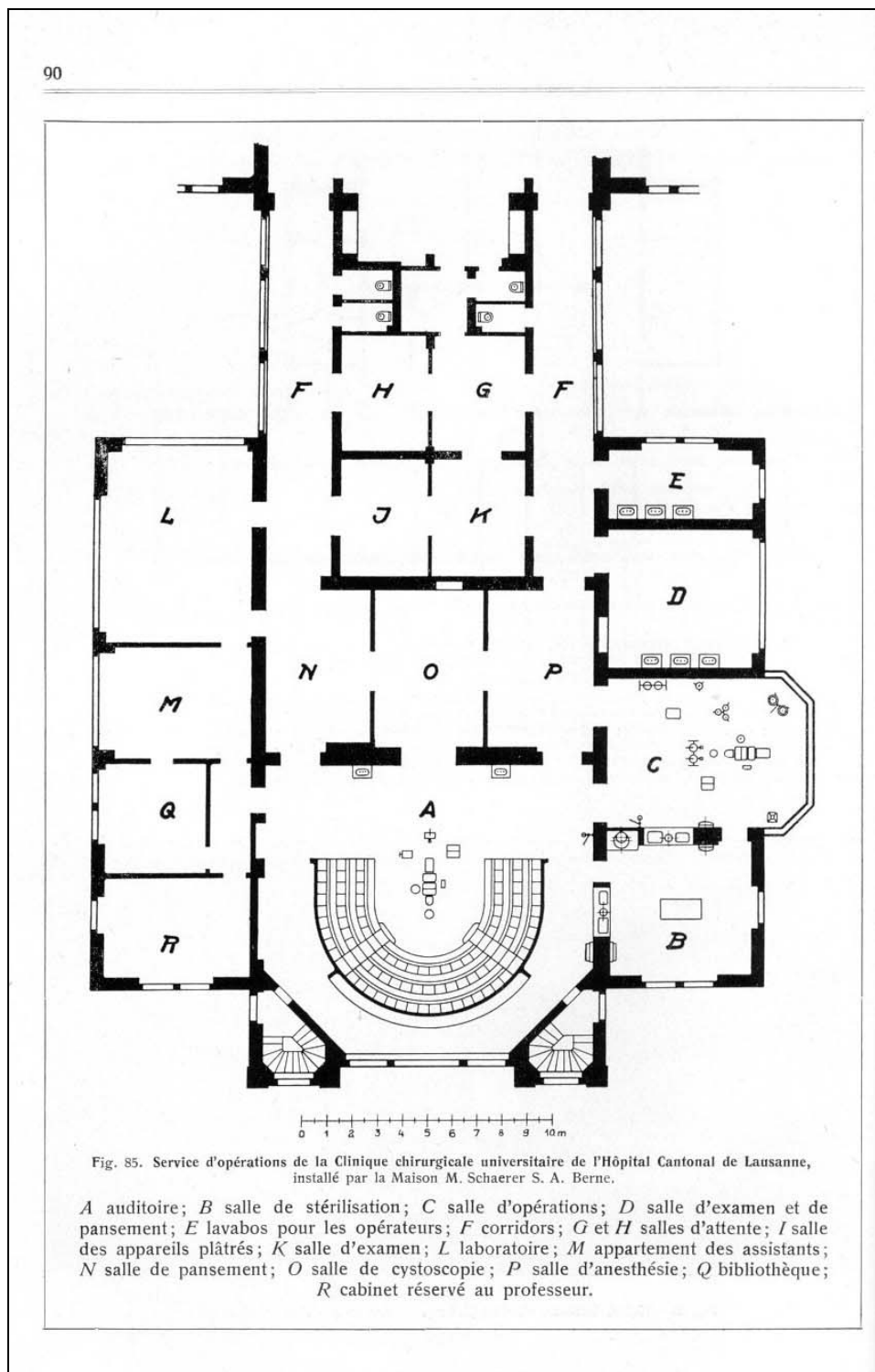
Il en va tout autrement de la nouvelle clinique construite en 1913-1914. L'espace y est organisé autour de la salle d'opérations – auditoire (A), sein des seins dans lequel exerce Roux²³⁸. Afin de garantir les conditions aseptiques et de ne pas désorganiser les lieux de travail, les étudiants et les visiteurs accèdent à l'auditoire par les escaliers prévus à cet effet. Quant au malade, arrivant par un couloir latéral (F), il suit une progression continue vers la salle d'opérations, en passant tout d'abord dans une salle d'attente (H, G), puis une salle d'examen (K) et enfin une salle d'anesthésie (P). Après l'intervention, le malade est évacué en salle de pansement (N), probablement en salle de réveil (J, H)²³⁹, puis vers sa chambre à travers le couloir latéral (F). Cette véritable "machine à guérir" compte encore deux ailes qui comprennent les services diagnostics et annexes, tels que laboratoire (L), salles de travail du professeur et des assistants (M, Q, R), stérilisation (B), etc.

²³⁶ Le coût global de cette rénovation se monte à 135'271 francs et est couvert par le fonds de la clinique universitaire de Roux (78%), ainsi que par l'Etat (22%). Sur les fonds des divers services hospitaliers et leur gestion, voir pp. 174-175. ACV, S 73, Classeurs 1315-1316, Nouvelle Clinique chirurgicale.

²³⁷ BGC, 21 février 1917.

²³⁸ Il y a aussi une seconde salle d'opérations destinée aux interventions septiques (C), plus petite, comme c'est généralement le cas dans les hôpitaux du début du 20^e siècle.

Fig. 5 Plan de la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal de Lausanne, 1914²⁴⁰



²³⁹ La fonction de la salle J n'est pas décrite sur ce plan. La salle H joue probablement le rôle de salle de réveil, à moins que ce dernier ne se fasse dans la chambre du malade.

²⁴⁰ *La construction ...*, op. cit., p. 90.

L'organisation du travail dans cette clinique chirurgicale conçue par Roux répond ainsi à un besoin de rationalisation de la production (prise en charge des malades) qui est un élément technique essentiel à l'industrialisation de la médecine hospitalière. La division du travail est alors essentiellement verticale et répond à une définition hiérarchique des tâches : au sommet – en salle d'opérations – se trouve Roux, secondé par son chef de clinique, puis les internes et les infirmiers spécialisés (diaconesses et laïcs) qui prennent en charge l'anesthésie et les pansements, enfin le personnel subalterne qui assure le transport des malades de leur chambre à la clinique chirurgicale.

L'importance de la chirurgie de guerre dans la formation des chirurgiens

Dans un contexte de formation professionnelle fortement axée sur la pratique et située dans une structure organisationnelle hiérarchisée, la chirurgie de guerre occupe une place toute particulière. Ainsi que l'affirment Roger Cooter et Steve Sturdy, la Grande Guerre a fourni « un chantier crucial pour le développement de nouveaux types d'organisation médicale et de division du travail. »²⁴¹ Parce qu'elle procure au chirurgien une masse considérable de blessés²⁴², la guerre est une expérience pratique irremplaçable. Elle permet au médecin de "se faire la main" sur de nombreux cas et de confronter certaines techniques chirurgicales, mais aussi de faire l'apprentissage de la gestion de grandes unités de travail. César Roux parle en 1929 de « la rançon civile de la grande guerre »²⁴³ et souligne les apports de ce conflit en terme de connaissances chirurgicales : « La guerre de position a mis les chirurgiens militaires à même de reconnaître, avec l'aide du laboratoire sous la main, que l'infection des plaies n'était pas fatale ensuite et dès la pénétration des germes dits pathogènes. Livrant les blessures les plus effroyables et les plus redoutées quelques minutes après l'accident et dans une proportion qui forçait les conclusions par le nombre, la guerre de position a montré que

²⁴¹ Roger Cooter et Steve Sturdy, « Introduction », in Roger Cooter, Mark Harrison, Steve Sturdy (éd.), *War, Medicine and Modernity*, Thrup, Sutton Publishing, 1998, p. 12. Ces trois historiens proches du Wellcome Institute ont aussi publié un recueil d'articles sur le même sujet en 1999, intitulé *Medicine and Modern Warfare*, Amsterdam, Rodopi, 1999, 285 p. Malgré l'extrait cité ici, les diverses études publiées dans ces recueils n'abordent qu'exceptionnellement le rôle de la guerre dans l'émergence de nouvelles méthodes gestionnaires en médecine. L'intérêt est plutôt porté sur le rôle de la guerre dans la construction d'innovations médicales, essentiellement dans le domaine bactériologique et pathologique. Pour une approche historiographique générale des relations entre guerre et médecine, voir Roger Cooter, « War and Modern Medicine », in W. F. Bynum et Roy Porter, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, Londres/New York, Routledge, 1993, vol. 2, pp. 1536-1573.

²⁴² Selon certains historiens, c'est dans le milieu militaire, beaucoup plus que dans les grands hôpitaux urbains, qu'apparaissent au 18^e siècle de nouvelles pratiques médicales et chirurgicales. Ce milieu réunit en effet plusieurs éléments propices à ces développements : présence de "matière première" en grande quantité, culture de l'ordre et de l'obéissance (les blessés doivent subir les diverses expérimentations sans se plaindre), etc. Voir Othmar Keel et Philippe Hudon, « L'essor de la pratique clinique dans les armées européennes (1750-1800) », in *Gesnerus*, 1997, pp. 37-58.

la plupart des plaies accidentelles peuvent guérir à l'occasion comme celle d'une opération décidée et pratiquée dans nos hôpitaux, pourvu que la toilette fut faite à temps. C'est une révolution en faveur de la chirurgie civile. »²⁴⁴ Ces caractéristiques ne sont pas propres à la Première Guerre mondiale. Déjà dans les années 1870, les conflits sont l'occasion de tester sur une large échelle la méthode antiseptique de Lister, ce que fait notamment le prof. Ernst von Bergmann durant la guerre russo-turque de 1877-1878²⁴⁵. Plus près de nous, rappelons le célèbre exemple de la pénicilline, découverte par Alexander Fleming en 1929, produite industriellement aux Etats-Unis et testée dans l'armée américaine au début des années 1940 avant de s'imposer au monde avec la fin de la Seconde Guerre mondiale²⁴⁶.

Durant la Grande Guerre, les professeurs de chirurgie suisses se rendent à plusieurs reprises dans les hôpitaux des belligérants et échangent leurs impressions, loin de tout fossé linguistique. Kocher écrit ainsi à Roux en octobre 1914 : « Je viens de rentrer d'une tournée moi-même pour voir les blessés et étudier les blessures de guerre. [...] je crois que l'asepsie pure est belle et bonne pour les petites ouvertures, comme on s'en sert un peu trop exclusivement dans ce moment, mais pour les grandes plaies il faut une certaine antiseptie. Dis moi ton opinion. »²⁴⁷ En octobre 1914, Roux écrit lui-même à son épouse depuis l'hôpital militaire dans lequel il se trouve qu'il « a vu des choses très intéressantes, très rares et des séries qui ne laissent pas que d'être étonnantes. »²⁴⁸ C'est la raison pour laquelle il désire y faire venir sa fille Suzanne, qui est alors interne dans son Service de chirurgie, et écrit à son épouse : « Lors même que c'est affreusement triste à voir, je serais bien aise que Suzanne pût jeter un coup d'œil : en 48 heures elle aurait vu plus qu'en deux ans de livres. »²⁴⁹ Les diverses expériences de chirurgie et de médecine préventive²⁵⁰ acquises durant la guerre sont partagées dans des colloques et des revues spécialisées. Lors du Congrès des médecins suisses tenu à Neuchâtel en 1915, César Roux fait une contribution intitulée *Sur le traitement des plaies articulaires par les armes à feu*. Quant au Dr Maurice Jeanneret, engagé en Serbie en

²⁴³ Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, op. cit., p. 394.

²⁴⁴ Cité par Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, op. cit., p. 394.

²⁴⁵ Selon Jakob Dubs, *La chirurgie de guerre dans l'armée suisse : précis pour officiers et aspirants du service de santé*, Zurich, Morgarten, 1939, pp. 28-29.

²⁴⁶ Peter Neushul, « Fighting research : army participation in the clinical testing and mass production of penicillin during the Second World War », in Rogger Cooter, Mark Harrison, Steve Sturdy (éd.), *War, Medicine and Modernity*, op.cit., pp. 203-224.

²⁴⁷ BCU, Fonds César Roux, lettre de Kocher à Roux, 30 octobre 1914.

²⁴⁸ Lettre de Roux à sa femme Anna, 6 octobre 1914, cité par Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, op. cit., p. 310.

²⁴⁹ Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, op. cit., p. 106.

²⁵⁰ Notamment en ce qui concerne la lutte contre le typhus.

1914, il rédige un article sur les « Lésions vasculaires en chirurgie de guerre » et publie en 1915 un ouvrage sur *Le typhus exanthématique*²⁵¹. Certains médecins font aussi leur thèse de doctorat sur la base de leur expérience de guerre, comme le Dr Robert chez le prof. Kummer à Genève²⁵². De même, la Première Guerre mondiale est aussi l'occasion de tester certaines innovations radiologiques. L'historien américain Joel Howell déclare en effet que ce conflit est l'occasion d'utiliser pour la première fois les rayons X à très large échelle, donc de former les médecins à cette technologie et d'en rationaliser les coûts (développement des radiographies sur films et non plus sur plaques de verre), ce dont profiteront les hôpitaux au cours de l'entre-deux-guerres²⁵³. Cette affirmation est corroborée par deux médecins français qui publient en 1921 une brochure dans laquelle ils écrivent que « la guerre a permis aux chirurgiens de se familiariser avec les pratiques non seulement radiographiques, mais encore et surtout radioscopiques. De là est née l'idée – toute naturelle d'ailleurs – des opérations sous le contrôle de l'écran fluorescent. »²⁵⁴ Ils citent notamment le cas du Dr Wullyamoz de Lausanne parmi les précurseurs de cette pratique. Un exemplaire de sa table d'opérations radioscopique est d'ailleurs fourni par César Roux à l'Hôpital St-Jacques de Besançon en 1914.

Ce ne sont pourtant pas uniquement des considérations scientifiques et techniques qui poussent les médecins suisses à s'engager dans les hôpitaux de campagne français ou allemands. Cet objectif pédagogique rejoint en effet un idéal humanitaire très répandu dans le corps médical, dans le sillage de l'engagement dans des ambulances militaires lors de la guerre franco-prussienne de 1870 (Drs John-Henri Murisier et Charles-Ernest Guisan). Les guerres balkaniques de 1912-1913 voient plusieurs élèves de Roux, Suisses et étrangers, s'engager dans les divers hôpitaux de campagne, par exemple le Dr Albert Reverdin, chef de l'ambulance Vaud-Genève. Il y aurait ainsi eu plus de 80 médecins et infirmières suisses engagés auprès des différents belligérants²⁵⁵, parmi lesquels des diplômés de l'Université de Genève (Drs Charles Yersin et Albert Jentzer), et plusieurs personnalités vaudoises comme le Dr Pierre Guisan et son beau-frère, le Dr Maurice Chapuis. A Constantinople, ce sont deux

²⁵¹ Pierre Jeanneret, *Un itinéraire à travers le socialisme en Suisse romande : le Dr Maurice Jeanneret-Minkine (1886-1953)*, Lausanne Ed. de l'Aire, 1991, p. 93.

²⁵² A.-Eug. Robert, *La méthode purement aseptique dans le traitement des plaies de guerre en France*, Genève, s.d. [1918 ?], 45 p.

²⁵³ Voir Joel Howell, *Technology ...*, op. cit., p. 7.

²⁵⁴ ACV, Fonds César Roux, Mauclaire et Bouchacourt, *Radioscopie chirurgicale*, Paris, Baillière et Fils, 1921, p. 7.

²⁵⁵ Selon Pierre Jeanneret, op. cit., p. 65.

médecins turcs diplômés de la Faculté de Lausanne²⁵⁶ qui prennent en charge la direction médicale de l'Hôpital suisse de Constantinople (150 lits) mis sur pied par la colonie helvétique de cette ville.

L'ampleur que prend la guerre de 1914-1918, et notamment la guerre de position dans les tranchées²⁵⁷, permet d'envisager l'engagement en masse de jeunes chirurgiens dans les hôpitaux des belligérants. Les professeurs de chirurgie ne veulent pas laisser pareille opportunité et Kocher écrit à Roux en 1914 : « Je ne manquerai pas de faire de suite une demande au Conseil fédéral comme tu le désires pour l'amener à laisser nos jeunes chirurgiens profiter de l'occasion trop belle seulement pour apprendre la chirurgie de guerre au lieu de s'ennuyer à la frontière. »²⁵⁸ Il s'ensuit très rapidement le départ en nombre de chirurgiens dans les pays voisins, en France pour les Romands, en Allemagne pour les Alémaniques. César Roux lui-même se rend en octobre 1914 à l'Hôpital St-Jacques de Besançon avec quelques assistants et anciens élèves (Gustave Clément, César Matthey, Louis Senn, etc.). Il réorganise le service chirurgical de cet établissement et y envoie plusieurs de ses élèves durant le conflit²⁵⁹ avec la ferme intention d'y laisser son empreinte. Peu avant son retour, il écrit à son épouse : « Il me semble que je partirai avec moins de regrets si je laisse ici des élèves capables de faire honneur à Lausanne [...]. »²⁶⁰ C'est précisément ce qu'il fait jusqu'en juillet 1915, en continuant d'envoyer à Besançon des élèves. De plus, il réunit de l'argent dans les milieux philanthropiques lausannois pour fournir du matériel chirurgical, produit par la maison Schaerer, dont une table radioscopique de Wullyamoz.

Selon une lettre reçue par César Roux, on dénombre 41 médecins romands à s'être engagés jusqu'en 1916 dans des les divers hôpitaux militaires français²⁶¹.

²⁵⁶ Les Drs Orkhan Tashin Bey, médecin-chef, et Aziz Fikret, médecin-assistant. ACV, Fonds César Roux, *Rapport du Comité suisse de secours aux blessés ottomans sur son Action pendant la Guerre Balcanique 1912-1913*, Constantinople, 1914, 19 p.

²⁵⁷ Decker affirmera en 1943 que « les longues périodes de combat de position avaient donné la possibilité d'études et d'organisation du travail [...] », ce qui est moins évident dans le cas d'une guerre de mouvement telle que la Seconde Guerre mondiale. Pierre Decker & W. Hessler, « Les sulfamidés en chirurgie », in *Helvetica Medica Acta*, vol. 11, 1944, p. 339.

²⁵⁸ BCU, Fonds César Roux, lettre de Kocher à Roux, 30 octobre 1914. Pour les internes des hôpitaux de Paris – qui n'avaient pas le choix de leur engagement – cette guerre apparaît aussi comme l'occasion d'une pratique chirurgicale à large échelle et, surtout, l'apprentissage de la gestion d'organisations de masse. Voir Bénédicte Vergez-Chaignon, *Les Internes des hôpitaux de Paris, 1802-1952*, Paris, Hachette, 2002, pp. 264-270.

²⁵⁹ Selon les lettres à sa femmes publiées par Allier et Baudraz, on relève notamment les noms d'anciens internes et chefs de cliniques, parmi lesquels sa fille et son neveu : Gustave Clément, Ernest Gay, Jacques Roux, Suzanne Roux, Louis Senn, Henri Vulliet.

²⁶⁰ Lettre de Roux à son épouse Anna, 23 octobre 1914, cité par Jeanne-Marie Allier et Benjamin Baudraz, op. cit., p. 317.

Tab. 8 *Lieu de formation des médecins romands en poste dans des hôpitaux français, 1914-1916*

	Bâle	Berne	Genève	Lausanne	Inconnu
Nombre de médecins	2	3	7	15	14
En %	4.9	7.3	17.1	36.6	34.1

Les médecins diplômés de la Faculté de Lausanne sont tous des élèves de César Roux et certains joueront un rôle déterminant dans le développement de l'infrastructure chirurgicale vaudoise, comme les Drs Henri Curchod (Saint-Loup), Gustave et Henri Krafft (La Source), Placide Nicod (Hospice orthopédique), qui se rend à de multiples reprises dans les années 1915-1917 à l'Hôpital militaire de Valence, dont il met en place une salle d'opérations antiseptique²⁶², et Henri Vulliet (Hôpital cantonal). Au-delà du canton de Vaud, on rencontre parmi ces jeunes chirurgiens plusieurs personnalités qui occuperont une place essentielle dans le développement de la chirurgie dans leur canton, à l'image du Dr Gustave Clément dans le canton de Fribourg, des Drs Jacques et Georges de Montmollin en ville de Neuchâtel, du Dr Gustave Turini à Sierre, etc. Enfin, le Dr Maurice Jeanneret s'engage en Serbie en 1914 et témoigne à son retour en Suisse de l'expérience acquise à l'hôpital militaire de Vrania : « C'était une vaste caserne, passant pour le meilleur hôpital de réserve au pays avec ses 400 lits alignés dans des chambres claires. D'emblée, je fis encore improviser 200 lits [...] car dès les premières nuits de décembre le nombre de blessés qu'on nous envoya fut fabuleux. Je n'aurais jamais cru qu'un médecin puisse avoir une fois dans sa vie autant à faire. Pendant plusieurs jours, il fallait opérer de l'aube à la nuit, souvent sans manger, et passer une partie des heures de la nuit à visiter les blessés dans les salles. En trois nuits nous reçûmes 1'000 grands blessés venant directement de la ligne de feu. »²⁶³

Cette guerre n'est pas seulement un laboratoire pour les jeunes chirurgiens mais aussi pour les infirmières. Durant l'ensemble du conflit, ce ne sont pas moins de 73 hôpitaux militaires français qui font appel à des Sourciennes²⁶⁴. Elles se font notamment remarquer à l'Hôpital de Compiègne mis sur pied par le Dr Alexis Carrel²⁶⁵, où 35 d'entre elles sont appelées sur recommandation de Kocher²⁶⁶. Quant à Roux, lorsqu'il se rend à l'Hôpital St-Jacques de

²⁶¹ BCU, Fonds César Roux, lettre à César Roux, expéditeur non identifié, 16 mai 1916.

²⁶² Selon Michel Gross, *Placide Nicod...*, op. cit., p. 94.

²⁶³ Cité par Pierre Jeanneret, op. cit., pp. 79-80.

²⁶⁴ ACV, Fonds Charles Krafft, « Infirmière et chirurgie », extrait du Congrès français de chirurgie, Paris, 1919, pp. 11-13.

²⁶⁵ Alexis Carrel : médecin français émigré aux Etats-Unis, en poste à l'Institut Rockefeller de New York (1905), prix Nobel de médecine (1912).

²⁶⁶ Georgette Mottier, *L'ambulance du docteur Alexis Carrel, 1914-1919*, Lausanne, la Source, 1977, 170 p.

Besançon en 1914, il prend avec lui Lily Jomini, une infirmière de sa clinique privée qui épousera en 1922 un de ses neveux, le Dr Jean Knecht.

Cependant, l'expérience de guerre n'est pas suffisante à la formation chirurgicale. Lors de la succession de la chaire de chirurgie en 1932, le prof. de Quervain écrit à Roux pour lui faire part de son avis concernant le Dr Henri Paschoud, candidat au poste, qui a fait « quatre années de chirurgie de guerre passées en partie sous la direction d'un des maîtres de l'enseignement clinique français, en partie comme responsable. »²⁶⁷ Ce long stage pratique est néanmoins insuffisant : « c'était parfait comme entraînement pratique, mais unilatéral en vue de l'enseignement clinique. »²⁶⁸ Le Dr Paschoud manque de connaissances scientifiques non chirurgicales, spécialement celles concernant les analyses de laboratoire pour lesquelles il n'a que peu d'expérience.

On ne rencontre pas en 1939-1945 le même engouement des professeurs de chirurgie à envoyer leurs élèves dans les hôpitaux militaires, d'une part en raison de la situation stratégique du pays – la Suisse est encerclée par les puissances de l'axe – et d'autre part parce que la formation chirurgicale prend une autre tournure. Les quatre missions sanitaires sur le front de l'Est (1941-1943), dirigées par le Dr Eugen Bircher et financées par des entreprises suisses travaillant pour l'Allemagne, s'expliquent ainsi autant par des considérations idéologiques que purement médicales²⁶⁹. Parmi la soixantaine de médecins et d'infirmières ayant pris part à ces missions aux côtés de la Wehrmacht, relevons les cas du Dr Frédéric Rodel, diplômé de la Faculté de Genève et chef du service de chirurgie de l'Hôpital de Vevey-Samaritain (1943), et du Dr Hubert de Reynier, ancien interne de Decker et chirurgien de l'Hôpital de Rolle (1951). De même, quelques infirmières de l'Hôpital cantonal de Lausanne se rendent sur le front de Russie en 1942 pour des raisons présentées comme professionnelles par le directeur de l'Hôpital : « L'expérience qu'elles acquerraient de la guerre pourrait être utile. »²⁷⁰

La formation du personnel soignant

Le médecin-chef et ses assistants ne sont pas seuls à s'occuper du service. Ils en sont les cadres supérieurs et ont sous leurs ordres un nombre important d'infirmières, d'aides et de

²⁶⁷ ACV, Fonds César Roux, lettre de Quervain à Roux, 9 octobre 1932.

²⁶⁸ Ibidem.

²⁶⁹ Voir Daniel Bourgeois, *Business helvétique et Troisième Reich. Milieux d'affaires, politique étrangère, antisémitisme*, Lausanne, Ed. Page Deux, 1998, principalement pp. 109-131 et Daniel Heller, *Eugen Bircher. Arzt, Militär, Politiker*, Zurich, NZZ Verlag, 1990, 461 p.

domestiques. Dans l'organisation hiérarchique de l'hôpital, ce personnel subalterne dépend d'une direction propre (diaconesse supérieure, infirmière chef, etc.), qui est l'équivalent du contremaître de l'atelier industriel. Deux filières de professionnalisation peuvent prétendre dans le canton de Vaud fournir du personnel pour ces postes intermédiaires : la maison de diaconesses de Saint-Loup et l'Ecole de La Source. Dans chacune d'entre elles, les médecins sont très présents. Ils contrôlent ainsi directement le type de formation accordée, afin qu'il réponde au mieux à leurs exigences de travail.

Les diaconesses de Saint-Loup : des contremaîtres obéissantes

Bien qu'ils soient issus de deux familles idéologiques apparemment inconciliables, l'Institution des Diaconesses de Saint-Loup, fondée par des philanthropes conservateurs engagés dans le Réveil protestant, et l'Hôpital cantonal de Lausanne, fruit de l'Etat radical, ont toujours eu d'importantes relations au niveau médical, même si aucune personnalité de la Faculté ne siège dans la commission administrative de Saint-Loup. Les médecins-chefs de Saint-Loup, généralement chirurgiens, sont très souvent issus de l'Hôpital cantonal, ou y retournent après quelques années de pratique à Saint-Loup. C'était notamment le cas du Dr Emile Dupont, qui avait accédé au poste de chirurgien de l'Hôpital cantonal en 1875 après avoir passé une dizaine d'années à Saint-Loup. Désireux de conserver leur réputation d'excellence professionnelle – notamment face à l'école concurrente de La Source – qui leur permet d'occuper les services infirmiers de pratiquement tous les hôpitaux vaudois d'importance, les administrateurs de Saint-Loup débauchent de jeunes médecins qualifiés, aussi bien pour le service de leur hôpital que pour la formation des diaconesses. Ainsi, plusieurs élèves de Roux occupent le poste de médecin-chef et professeur à l'Hôpital de Saint-Loup après 1907 : Henri Curchod (1907-1931) puis Eugène Urech (1931-1962). Tous deux sont nommés à l'Hôpital cantonal à leur départ de Saint-Loup²⁷¹.

La volonté d'employer des médecins issus des filières les plus reconnues n'implique pas pour autant une soumission de la maison de diaconesses à la personne du médecin, bien au contraire. Dans son discours d'adieu prononcé en 1931, le Dr Curchod rappelle les difficultés rencontrées au début de son service : « Je vous rappelle que nous avons vécu des jours difficiles. Ce jeune médecin [i.e. lui-même] avait des idées révolutionnaires, et les défendait avec une âpreté qui vous a souvent obligés à lui résister vigoureusement. Je vous fais mes

²⁷⁰ ACV, K VIII D 32, lettre du directeur de l'Hôpital au Conseil d'Etat, 24 août 1942.

²⁷¹ Emile Bonard, *Histoire de l'Hôpital de Saint-Loup, 1852-1984*, Saint-Loup, Association des Amis de l'Hôpital de zone de Saint-Loup-Orbe, s.d., pp. 36-40.

excuses d'avoir été quelquefois un peu violent : les années ont passé, je me suis calmé, et vous peu à peu, m'avez accordé ce que je demandais : le téléphone, l'électricité, des assistants, et un magnifique agrandissement de l'hôpital. Nos conflits provenaient en grande partie de préjugés qui sont aujourd'hui dissipés : les anciens directeurs de Saint-Loup voyaient le médecin de mauvais œil ; malheureusement, à cette époque, beaucoup de médecins croyaient de bon ton de faire profession d'athéisme, et on comprend la prudence qui guidait les directeurs de l'établissement dans les relations avec eux. Le médecin était considéré un peu comme un mal nécessaire... Cette situation a duré pendant de nombreuses années. Le médecin, à Saint-Loup, était un personnage que l'on tenait dans l'ombre. M. le directeur Béguin, après quelques années de méfiance, a compris le rôle que doit jouer le médecin. Il m'a accordé sa confiance, et depuis plusieurs années, j'ai eu le plaisir de le voir collaborer à l'œuvre médicale de Saint-Loup. Le fruit de cette collaboration a été le magnifique essor pris par notre hôpital. »²⁷²

Depuis le milieu du 19^e siècle, et plus encore dès les années 1900, les médecins et chirurgiens actifs dans les milieux hospitaliers ont donc un contrôle direct sur la formation professionnelle des diaconesses. Or, ainsi que l'a montré Joëlle Droux²⁷³, une partie essentielle de l'apprentissage des diaconesses réside dans l'intériorisation des valeurs d'obéissance, d'abnégation, de soumission, etc. Doublée d'une excellence technique, cette caractéristique comportementale convient parfaitement à un travail médical dans un milieu hiérarchisé et organisé tel qu'on le rencontre dans le Service chirurgical de Roux ou les hôpitaux régionaux vaudois après l'arrivée des chirurgiens-modernisateurs. Elles accompagnent les chirurgiens dans la mise en œuvre de leur nouvelle médecine. Les administrateurs de l'Hôpital de Nyon écrivent ainsi en 1897 que « la présence de diaconesses de Saint-Loup à l'Infirmierie, habituées aux exigences de l'antisepsie, permet d'aborder sans crainte même des opérations très sérieuses. »²⁷⁴ Quant au Dr Jean Morax, chef du Service sanitaire, il explique la même année que « grâce à une solide instruction scientifique, les diaconesses de Saint-Loup peuvent servir d'aides aux chirurgiens les plus exigeants et sont souvent aussi habiles dans cet emploi que les étudiants en médecine. »²⁷⁵ Dans les hôpitaux régionaux, les diaconesses occupent ainsi une place importante aux côtés du corps médical durant les années 1880-1930. En effet, avant l'arrivée de médecins internes dans ces

²⁷² J. de Mestral Combremont, *Vies données... vies retrouvées. Les diaconesses de Saint-Loup*, Lausanne, Payot, 1932, pp. 141-142.

²⁷³ Joëlle Droux, *L'attraction céleste. La construction de la profession d'infirmière en Suisse romande (19^e-20^e siècles)*, Université de Genève, thèse de doctorat, 2000, 910 p.

²⁷⁴ Cité par Gustave Piotet, op. cit., p. 30.

établissements, ce sont les diaconesses qui accompagnent les chirurgiens-modernisateurs dans leur travail quotidien. On les retrouve notamment à la tête des installations de radiologie et de stérilisation.

La place et le rôle des diaconesses dans les hôpitaux évoluent cependant au cours du temps. Avec la forte croissance que connaissent les établissements hospitaliers au cours de l'entre-deux-guerres, elles ne peuvent plus assumer l'ensemble des tâches dévolues au personnel soignant (cuisine, soins aux malades, assistance aux médecins, etc.). Un choix conscient de la part des autorités de Saint-Loup est fait dans le sens d'un repositionnement dans les directions intérieures des établissements hospitaliers. Cette nouvelle stratégie implique une redistribution des tâches à l'intérieur des hôpitaux et une priorité donnée aux postes à responsabilité. Ainsi, la nouvelle convention signée en 1921 entre Saint-Loup et l'Hôpital cantonal prévoit par exemple que les travaux de gros nettoyage ne sont plus du ressort des diaconesses. Dans l'entre-deux-guerres, les diaconesses deviennent des cadres hospitaliers qui occupent des fonctions dirigeantes au sein de l'hôpital, sous les ordres des directions administrative (économat, cuisine, buanderie, etc.) et médicale (salles d'opérations, radiologie, stérilisation, etc.).

Les chirurgiens vaudois et La Source

Lorsque l'Ecole de La Source est réformée en 1890²⁷⁶, plusieurs médecins sont appelés à siéger dans son conseil d'administration, parmi lesquels le Dr Victor Mercanton, ancien chirurgien de l'Hôpital cantonal et médecin-chef de l'Hospice de l'Enfance, et le prof. César Roux. Parmi les 69 personnes nommées entre 1890 et 1930, on dénombre un total de 14 médecins (20.3%)²⁷⁷. Ce sont en général des hommes engagés dans la Croix-Rouge suisse, et donc directement impliqués dans la formation des infirmières, comme les Drs Alfred Kohler et Carle de Marval. On trouve aussi des chirurgiens de renoms – le prof. Kummer, chef de la Clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal de Genève – et des élèves de Roux, comme le Dr Jules Taillens. L'engagement de ces médecins en faveur de La Source illustre bien la volonté de contrôler la formation des infirmières et de la rendre compatible à leurs attentes, alors qu'à l'origine l'Ecole de La Source n'a pas pour but la formation d'infirmières hospitalières. Bien au contraire, la fondatrice, Valérie de Gasparin, cherchait à promouvoir la prise en charge des

²⁷⁵ Institution de diaconesses de Saint-Loup, Rapport annuel 1896-1897, pp. 35-36.

²⁷⁶ L'Ecole de La Source est ouverte en 1859. Jusqu'à la réforme de 1890, elle forme essentiellement des jeunes filles destinées à devenir infirmières privées, dames de compagnies, préceptrices, etc. dans les familles des classes supérieures. Voir Joëlle Droux, *L'attraction céleste...*, op. cit.

²⁷⁷ ALS, D3-100.38, liste des membres du Conseil d'administration, 1890-1945.

malades dans le cadre familial et non pas en milieu hospitalier²⁷⁸. La plupart des Sourciennes formées dans les années 1860 et 1870 exercent d'ailleurs de manière indépendante ou pour des organisations soutenant les soins à domicile. Parmi les jeunes filles ayant étudié à La Source durant les années 1864-1879, 166 sont encore en activité en 1879, dont seulement 51 en milieu institutionnel (30.7%)²⁷⁹. De plus, lorsqu'il est question d'ouvrir une infirmerie dans le cadre de l'école, en 1903, William Barbey, neveu de la fondatrice, rappelle en gardien des traditions familiales que « cette institution a été fondée pour développer les soins des malades "dans la famille" base de la Société chrétienne, en opposition aux infirmeries de toutes natures et de tous noms. »²⁸⁰ Cette position se heurte toutefois à une médecine hospitalière industrialisée qui tend à concentrer la prise en charge des malades dans un cadre institutionnel. La Source doit donc réorienter son offre en direction de la formation d'infirmières hospitalières, ce qui explique la réforme de 1890 et l'arrivée de médecins au conseil d'administration. Peu après sa nomination, le prof. Roux écrit d'ailleurs à la comtesse de Gasparin pour exiger une formation pratique (1891) : « En acceptant de faire partie du comité de l'Ecole de garde-malades je m'étais promis de vous rendre attentive à l'impossibilité où sera toujours votre directeur – selon moi – de former de bonnes gardes s'il n'a pas quelques lits à disposition ou quelques malades à soigner comme dans un hôpital. Les quelques instants que vos élèves passent à l'hôpital cantonal ne sauraient en aucun cas représenter le contact avec les malades absolument nécessaire à leur éducation. Et je suis persuadé qu'aussi longtemps que vous n'aurez pas adjoint à l'Ecole quelques salles de malades ou conclu avec un hôpital un contrat équivalent vos élèves resteront infailliblement dans un état d'infériorité manifeste vis-à-vis des diaconesses. »²⁸¹

Ces vœux sont comblés la même année, avec la nomination d'un disciple de Roux à la direction de l'école, le Dr Charles Krafft. En 1891, il ouvre la Clinique Beaulieu, ainsi qu'une polyclinique gratuite pour indigents, qu'il utilise pour la formation pratique des infirmières. Durant la trentaine d'années qu'il passe à la tête de l'école (1891-1921), Krafft fait des Sourciennes des infirmières dont les capacités techniques répondent aux attentes du corps médical. Pour mieux affirmer la nécessité de la formation, il désacralise le geste chirurgical et en fait un acte collectif : « Le chirurgien le meilleur remet forcément une partie de son

²⁷⁸ Denise Francillon, « L'œuvre sociale : la réalisation d'un idéal. De la charité pratique à la profession d'infirmière », in Denise Francillon (dir.), *Valérie de Gasparin, une conservatrice révolutionnaire*, Lausanne/Le Mont-sur-Lausanne, Ecole de La Source/Ed. Ouverture, 1994, pp. 100-136.

²⁷⁹ ALS, *Ecole normale de garde-malades, Lausanne, ce qu'elle a fait pendant les douze années 1867-1879*, Lausanne, Imp. Georges Bridel, 1879, 22 p. Ce document est inséré dans les registres reliés des rapports annuels.

²⁸⁰ ALS, F1-200.6, lettre de William Barbey, 1^{er} octobre 1903.

²⁸¹ ALS, B1-1J, lettre du Dr Roux à Mme de Gasparin, 15 janvier 1891. C'est Roux qui souligne.

pouvoir et beaucoup de sa responsabilité entre les mains – plus ou moins expertes – de sa garde d'opérations, de l'infirmière qui prépare les instruments, qui les contrôle, qui les stérilise ou qui développe et tire ses plaques radiographiques. Le résultat d'une opération repose sur l'asepsie de la soie, sur la désinfection du catgut ; durant l'intervention, la réussite dépend souvent du sang-froid des aides [...]. »²⁸² Ici, comme dans la clinique chirurgicale de Roux, la division du travail reste toutefois verticale. La technicisation des Sourciennes ne remet absolument pas en cause la hiérarchisation des tâches et la prédominance du chirurgien sur l'ensemble du personnel.

A terme, Krafft désire former des « aides chirurgicales interchangeables »²⁸³. L'interchangeabilité des Sourciennes – et au-delà de toutes les infirmières – se traduit dans l'adoption dans les années 1910 d'un uniforme commun²⁸⁴. Cette remise en question d'un principe fondamental de la comtesse de Gasparin, selon lequel le caractère laïc des Sourciennes implique l'abandon de tout uniforme – est expliquée par le Dr Krafft dans une petite brochure publiée en 1917, dans laquelle il affirme que les découvertes pastoriennes nécessitent ce changement, de même que certaines raisons morales²⁸⁵.

Malgré l'attachement de l'Ecole de La Source à des valeurs traditionnelles et conservatrices en fin de compte très proches de celles transmises à Saint-Loup (féminité du travail infirmier, abnégation, obéissance, etc.), les infirmières y acquièrent une formation pratique qui leur ouvre la porte de plusieurs cliniques privées de professeurs de chirurgie. Les Sourciennes ne sont donc pas uniquement ces « éléments bourgeois, gorgés de savoirs théoriques et plus encore de bonne volonté charitable »²⁸⁶ dont parle Joëlle Droux. Le tableau ci-après montre en effet clairement que les élèves de La Source sont des infirmières recherchées par les médecins les plus en vue pour leurs cliniques privées. Tous les chirurgiens renommés de Suisse romande (Krafft et Roux à Lausanne ; de Quervain à La Chaux-de-Fonds ; Julliard et Kummer à Genève) y ont recours, la palme revenant à Roux qui en occupe huit dans sa clinique privée. Or, bon nombre d'entre eux préfèrent que l'on utilise des diaconesses pour les services hospitaliers dont ils ont la direction. Ainsi la consultation des seules archives

²⁸² ACV, Fonds Charles Krafft, PP 359/14, « Infirmière et chirurgie », Extrait du Congrès français de chirurgie, Paris, 1919, p. 6.

²⁸³ Ibidem, p. 7.

²⁸⁴ ALS, F2-100.1/2, publicités dans les imprimés et détails du trousseau.

²⁸⁵ ALS, F2-100.1/2, Charles Krafft, *Le vêtement de la Gardemalade*, Lausanne, Couchard, 1917, p. 7. Krafft affirme qu'« un grand nombre de jeunes filles et de femmes ne savent pas s'habiller d'une façon convenable ou simplement décente » (p. 5). Selon Pierrette Lehz, les années 1900-1920 sont une période de « révolution vestimentaire » (p. 56) pour le personnel hospitalier en raison de l'affirmation de nouveaux soucis hygiénistes. Pierrette Lehz, *De la robe de bure à la tunique pantalon. Etude sur la place du vêtement dans la pratique infirmière*, Paris, Inter Editions, 1995, 182 p.

²⁸⁶ Joëlle Droux dans *L'attraction céleste...*, op. cit., p. 686.

hospitalières peut-elle porter à confusion et laisser penser que des hommes comme Roux sont opposés à l'Ecole de La Source parce qu'ils ne font rien pour l'engagement de ses infirmières dans leurs services hospitaliers. Cette apparente contradiction s'explique par une différence au niveau de l'organisation entre les cliniques privées et les hôpitaux. Les premières sont généralement de taille réduite et les médecins y ont besoin d'infirmières dont la principale qualité est le savoir-faire technique. La direction et la gestion des cliniques privées sont généralement remises à des intendants professionnels, parfois proches du médecin propriétaire – comme dans le cas des cliniques du Dr Roux. En revanche, les hôpitaux sont de taille beaucoup plus grande, aussi bien en nombre de lits et de malades que de personnel subalterne (domestiques, infirmiers et aides divers). Les médecins y ont évidemment besoin d'un personnel infirmier formé et consciencieux dans le travail, mais aussi, voire surtout, d'un personnel qui sache diriger une équipe de travail et s'imposer avec autorité. Or, plusieurs témoignages montrent qu'il existe à ce propos une différence importante entre diaconesses et Sourciennes et que la qualité de la formation professionnelle n'y est pas déterminante.

Les Sourciennes occupent par exemple pendant dix ans le service infirmier de la Clinique chirurgicale de l'Hôpital de l'Ile, à Berne, chez le prof. Kocher (1908-1917). Mais, après son décès, son successeur, le prof. de Quervain, opte pour des diaconesses. Selon les administrateurs de La Source, « le manque de discipline de nos élèves – lorsqu'elles sont un peu laissées à elles-mêmes – est la cause de cet échec. »²⁸⁷ Ce trait de figure n'est pas pour autant absolu, puisque les Sourciennes obtiennent en 1923 la direction infirmière de la Clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal de Genève, sous l'autorité du prof. Kummer. Elles mettront pourtant encore plusieurs années avant de se voir reconnaître leur capacité à gérer un service hospitalier. L'obtention de services se multiplie au cours des années 1930 et 1940 : Clinique infantile de l'Hôpital cantonal de Genève (1930), Hôpital Nestlé à Lausanne (1938), Infirmerie de Bex (1942), Infirmerie du Lavaux (1942), Hôpital des Cadolles à Neuchâtel (1944).

²⁸⁷ ALS, D3-200 1/2, procès-verbaux de la Délégation, 8 mai 1918.

Tab. 9 *Sourciennes en activité dans les établissements médicaux romands, 1907*²⁸⁸

Etablissement	Lieu	Nombre de Sourciennes
Infirmierie	Bex	1
La Maison	Burtigny	1
Clinique du Dr de Quervain	La Chaux-de-Fonds	1
Clinique du Dr Vaegeli	La Chaux-de-Fonds	1
Maison de santé	Faoug	1
Bains de Champel	Genève	1
Clinique des Drs Juillard et Martin	Genève	1
Clinique du Dr Kummer	Genève	1
Infirmierie du Prieuré	Genève	1
Maternité	Genève	1
Clinique de Beaulieu (Dr Krafft)	Lausanne	1
Clinique Bonjour-Delorme	Lausanne	1
Clinique de Mont-Riant	Lausanne	1
Clinique de la Providence	Lausanne	1
Clinique de Rosemont (Dr Roux)	Lausanne	8
Hospice de l'Enfance	Lausanne	1
Hospice orthopédique	Lausanne	1
Institut mécano-thérapique	Lausanne	1
Maternité de Lausanne	Lausanne	1
La Source	Lausanne	4
Clinique du Dr Rollier	Leysin	4
Sanatorium	Leysin	1
Sanatorium du Chamossaire	Leysin	1
Clinique de Vert-Mont	Morges	1
Maternité	Neuchâtel	1
Hospice de Saint-Loup	La Sarraz	1
Grand Hôtel	Territet	1
Total		40

3. L'éclatement de la chirurgie et l'affirmation du modèle américain : Decker et Saegesser (1930-1960)

Le professorat de Vulliet est un moment de transition pendant lequel les privat-docents Paschoud et Perret, ainsi que Pierre Decker dès 1931, préparent la succession de la chaire de chirurgie. Lorsque le poste est à repourvoir (1932), le prof. Barraud propose au Conseil de Faculté une candidature ouverte à des chirurgiens qui ne sont pas privat-docents et demande

²⁸⁸ ALS, *Journal Source*, 1907, n°4, pp. 88-89.

qu'on lance « un appel à des chirurgiens non lausannois, ni vaudois. »²⁸⁹ Il n'est pas suivi par ses collègues de la Faculté, ni par César Roux, consulté comme expert pour la succession Vulliet. Certains chirurgiens extérieurs à la Faculté, tels le Dr Louis Senn, ancien chef de clinique de César Roux établi à Genève, ou le Dr Paul Ulrich, chirurgien établi à Paris, déposent toutefois leur candidature mais ne sont pas retenus²⁹⁰. Le Conseil de Faculté, appuyé par Roux, propose les trois privat-docents au Conseil d'Etat, avec priorité pour le Dr Decker, qui obtient le poste.

Cette nomination entraîne la colère du Dr Henri Paschoud, ancien assistant des prof. de Quervain à Bâle et Vulliet à Lausanne, privat-docent à Lausanne depuis 1924, qui se croyait favori à la succession de son ancien maître. Il écrit au recteur pour dénoncer « l'avènement de la coterie, qui règne en maîtresse à la Faculté de médecine [...]. On a pris l'habitude de disposer à l'avance, pour tel candidat, de son choix, de la chaire à repourvoir. »²⁹¹ Il a été sanctionné pour son attitude hautaine et peu respectueuse des maîtres en place – notamment de César Roux. Le Dr Delay lui explique ainsi peu après son échec que « vous êtes entré à la faculté sous l'étiquette, comment dirais-je, de la rivalité contre l'école. [...] Mais l'école, c'est pourtant quelque chose pour Lausanne et pour le pays. L'entreprise était lourde de difficultés et de conséquences. L'hôpital a une tradition ; il fait corps avec un monde immense qui est une force. Ceci est vrai surtout pour la chirurgie [...]. »²⁹² Il est vrai que Paschoud était soutenu par le prof. de Quervain, qui avait écrit à César Roux que « dans la jeune génération chirurgicale de la Suisse romande, celle d'après guerre, presque personne ne s'est intéressé autant au progrès chirurgical et a travaillé avec autant d'ardeur que lui. »²⁹³ La logique de la filière l'a donc emporté sur une logique méritocratique.

La période Decker (1932-1957) est une phase de transition entre le modèle généraliste allemand apporté par César Roux et le modèle américain de travail d'équipe qui s'imposera véritablement avec l'arrivée de Frédéric Saegesser à la tête du Service de chirurgie (1957). Decker a en effet hérité de Roux une conception généraliste et dominatrice de la chirurgie qui laisse peu de place à la pleine affirmation des spécialités émergentes (neurochirurgie, chirurgie cardiaque, anesthésie, etc.). Sa dernière leçon est d'ailleurs pour Decker l'occasion de revenir sur « cette nouvelle forme de collaboration [que] serait le magique travail

²⁸⁹ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 19 septembre 1932.

²⁹⁰ ACV, K XIII 342 C, 1932, 42/13.

²⁹¹ ACV, K XIII, 342 C, lettre de Paschoud au recteur, 2 avril 1934.

²⁹² ACV, K XIII, 342 C, lettre de Delay à Paschoud, 24 octobre 1932 (copie).

d'équipe »²⁹⁴ pour faire part de son scepticisme quant à son application en médecine. Il déclare en effet que « la médecine doit s'appuyer sur la spécialisation. Mais cette spécialisation ne peut se faire que sur le plan technique. Il faut qu'en dessus du technicien règne l'homme qui a de l'expérience, l'homme qui sait les choses que la technique ne peut pas encore nous enseigner, l'homme qui est entraîné à juger au-delà des chiffres. »²⁹⁵ Dans la conception de la chirurgie qui est la sienne, Decker s'avère peu favorable à l'autonomisation de certaines des spécialités chirurgicales développées au sein de son service par ses chefs de clinique et assistants. S'il accepte et encourage les recherches, c'est uniquement sous son autorité et dans le cadre de son service. Cette volonté de contrôle des spécialités émergentes pousse plusieurs de ses élèves à quitter l'Hôpital et à poursuivre leur travail dans un cadre privé. Perpétuant le modèle globalisant de son maître Roux à l'époque de la spécialisation, Decker s'est ainsi attaché une image de chirurgien conservateur véhiculée par bon nombre de ses élèves.

Decker n'est pourtant pas uniquement ce chirurgien « qui fit une œuvre bien bâtie, plus soucieuse de prudence que d'innovation »²⁹⁶ dont parle Saegesser. Il favorise les recherches de ses élèves et leurs séjours aux Etats-Unis, où il se rend lui-même à plusieurs reprises. Mais surtout, la plus grande œuvre de Decker est la nouvelle clinique de chirurgie, mise en service en 1947 et inaugurée en 1949, qui consacre la division du travail chirurgical, quoi qu'en dise Decker lui-même, et participe à l'affirmation de spécialités au sein de la chirurgie, d'autant plus que la saturation du marché médical incite la nouvelle génération de chirurgiens à envisager une spécialisation à l'intérieur de leur branche dès les années 1930.

La pléthore médicale et la naissance des titres FMH

Bien que la position du corps médical sur le marché des soins s'est notablement renforcée à la fin du 19^e siècle²⁹⁷, les médecins craignent très fortement la détérioration de leurs conditions matérielles au cours de l'entre-deux-guerres²⁹⁸. Le sentiment d'une "pléthore médicale" est largement répandu, même si le phénomène n'est jamais explicitement défini.

²⁹³ ACV, K XIII 342 C, lettre de Quervain à Roux, 10 octobre 1932 (copie).

²⁹⁴ *Dernière leçon de M. le Dr Pierre Decker, Professeur ordinaire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine*, Lausanne, Université, 1957, p. 26.

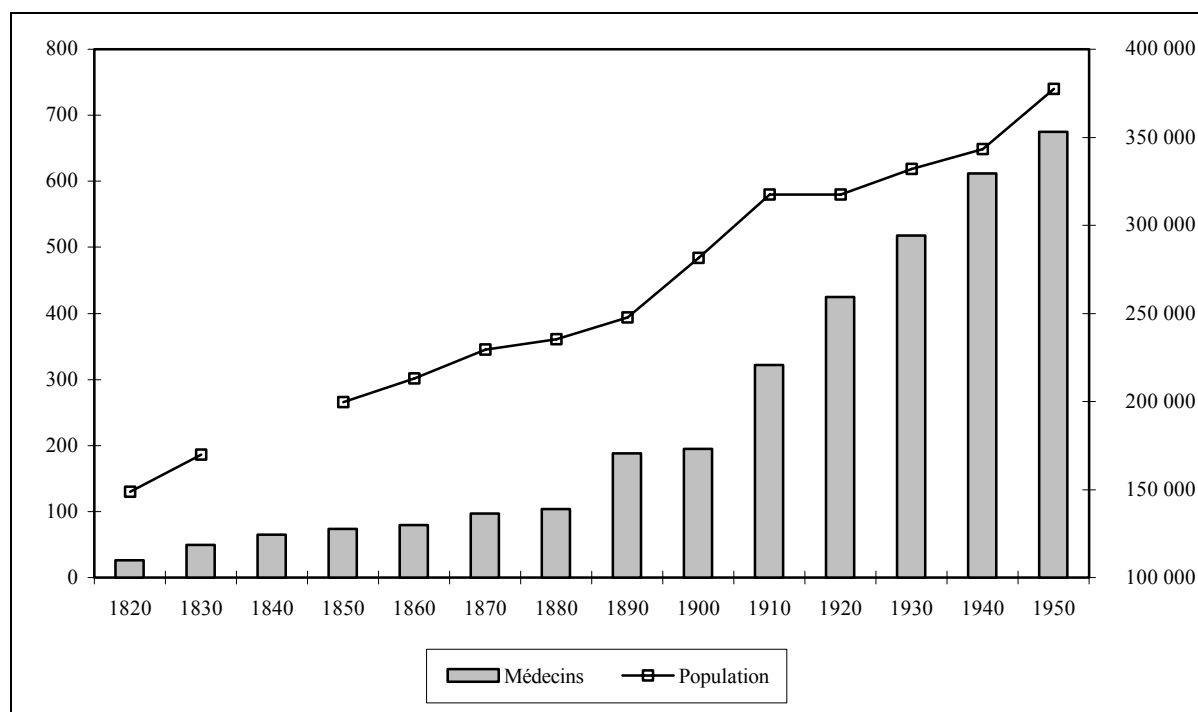
²⁹⁵ Ibidem, p. 27.

²⁹⁶ Frédéric Saegesser, *César Roux...*, op. cit., p. 44.

²⁹⁷ Voir note 9, p. 21.

²⁹⁸ Ce sentiment apparaît déjà dans les années 1890-1910, lors des débats concernant l'éventualité d'une assurance-maladie obligatoire à laquelle s'opposent les médecins vaudois. De Riedmatten Soun, Rosetti Daniel et Fussinger Catherine, « La création de l'assurance maladie, un danger pour le corps médical? (1893-1911) », *Revue historique vaudoise*, 1995, pp. 247-292.

Graph. 2 Nombre de médecins ayant le droit de pratiquer et population résidante dans le canton de Vaud, 1820-1950²⁹⁹



Il est vrai que le nombre de médecins ayant le droit d'exercer connaît une très forte progression depuis les années 1890-1900. Beaucoup plus forte que la croissance démographique, globalement constante au cours de la période 1820-1950, cette hausse du nombre de praticiens a des effets pervers en terme de clientèle. Le nombre d'habitants par médecin chute en effet de 2'263 en 1880 à 989 en 1910 et 747 en 1920, soit une décroissance annuelle moyenne de 2.7% pour la période 1880-1920. En l'espace de quarante ans, le marché médical vaudois s'est ainsi très fortement densifié. On comprend mieux dans ce contexte la volonté affirmée de lutter contre la pléthore médicale au cours de l'entre-deux-guerres.

L'enjeu est de taille. Il s'agit d'étendre et de développer le marché des soins, afin que chaque médecin y trouve son compte, mais aussi de protéger ce marché contre toute concurrence extérieure. L'extension du marché se fait par le développement de l'infrastructure hospitalière, la création de cliniques privées et la naissance de spécialités à l'intérieur de la médecine. Il s'agit aussi de réglementer de manière très stricte la formation des "spécialistes"

²⁹⁹ Annuaire officiel du canton de Vaud, 1820-1950. Pour la population résidante, les chiffres des années 1820, 1830 et 1890 sont respectivement ceux des années 1818, 1828 et 1888. *Statistique historique de la Suisse*, Zurich, Chronos, 1996, p. 95.

et de limiter le nombre des appellations, de sorte qu'à l'intérieur du marché des soins s'autonomisent des niches de soins particuliers dominées par un groupe de médecins reconnus par leurs pairs³⁰⁰. La Fédération des médecins suisses (FMH) mandate ainsi en 1929 un groupe de travail chargé de réfléchir à la question de la réglementation des spécialisations, en collaboration avec les sociétés cantonales de médecine et les sociétés de spécialistes déjà existantes – comme celle de chirurgie. Le titre de *spécialiste FMH* est introduit en 1932 pour une quinzaine de branches, dont la chirurgie³⁰¹. Il permet aux médecins de contrôler la fragmentation du marché des soins et de réduire l'accessibilité à certains types de prises en charge.

Quant à la protection du marché des soins face à l'extérieur, elle se fait essentiellement dans trois directions. Tout d'abord, les médecins luttent contre le développement d'une politique d'hospitalisation subventionnée par l'Etat. Durant l'entre-deux-guerres, la Société vaudoise de médecine (SVM) accuse à plusieurs reprises l'Etat de casser les prix du marché avec le faible coût de l'hospitalisation à l'Hôpital cantonal – ou d'autres prises en charge tels que frais de laboratoire, etc. – et d'exercer ainsi une concurrence déloyale aux médecins établis en ville. Elle n'hésite pas à remettre en question la réalisation de la nouvelle clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal en 1942³⁰². Deuxièmement, les médecins cherchent à restreindre le nombre de médecins en exercice en limitant l'accès aux Facultés de médecine. Lors de la révision de la loi sanitaire en 1928, la commission chargée du projet, emmenée notamment par les Drs Delay, Demiéville, Spengler et Wanner, fait part de sa volonté « de limiter le nombre de praticiens, étant donnée la pléthore qui règne dans certaines professions, comme celle de médecin et de pharmacien ; la pléthore est un danger, le défaut d'une clientèle suffisante pouvant inciter à se créer des occasions artificielles de travail. »³⁰³ Cette position s'avère en fin de compte contraire au droit constitutionnel garantissant le libre exercice d'une profession et le *numerus clausus* n'est pas adopté à la Faculté de Lausanne. Enfin, le corps médical cherche à protéger son marché face à la concurrence étrangère. La loi de sanitaire de 1928 introduit la seule reconnaissance officielle – sauf exception discutée de cas en cas – accordée au diplôme fédéral. Durant la Seconde Guerre mondiale, les médecins du Conseil de

³⁰⁰ La reconnaissance de la légitimité des nouvelles spécialités ne va pas de soi. Dans le cas de l'électrothérapie en Grande-Bretagne ou de l'ostéosynthèse en Suisse, on a en effet affaire à de jeunes médecins socialement dominés qui trouvent des niches d'activité médicale grâce à de nouvelles manières de faire de la médecine, en lien avec des entrepreneurs industriels. Voir introduction, p. 7.

³⁰¹ Sur la réglementation de la question des spécialités, voir les nombreux articles parus dans le *Bulletin des médecins suisses*, particulièrement dans les années 1930.

³⁰² ACV, S 54, 1942, 42/24, lettre de la SVM au Conseil d'Etat, 4 mai 1942.

³⁰³ BGC, Exposé des motifs du projet de loi remplaçant la loi du 14 septembre 1897 sur l'organisation sanitaire, printemps 1928, pp. 12-13.

Santé et des Hospices et de la SVM adoptent une stricte position de refus d'accorder le droit de pratiquer aux médecins juifs réfugiés dans le canton³⁰⁴.

Il est évidemment difficile de mesurer l'impact de toutes ces mesures. Si l'on s'en tient à la densité du marché médical, c'est-à-dire au nombre d'habitants par médecin, force est de constater un très fort ralentissement de cette chute : alors qu'on avait 747 habitants par médecin en 1920, on en a 641 en 1930, 561 en 1940 et 559 en 1950, soit une décroissance annuelle moyenne de 0.9% pour les années 1920-1950. Malgré ce ralentissement, le marché est beaucoup plus compétitif pour les élèves de Decker que pour ceux de Roux, d'autant plus que le nombre de postes de chirurgiens dans les hôpitaux régionaux du canton est difficilement extensible. Ce contexte économique explique en grande partie que les jeunes médecins commencent à s'intéresser à une formation de spécialiste, réglementée depuis le milieu des années 1930 par la Fédération des médecins suisses. En outre, de nouvelles aides à la recherche se font jour au début des années 1940 et encouragent ainsi la spécialisation des jeunes médecins dans de nouveaux domaines.

Les débuts de l'aide à la recherche

La recherche scientifique dans le domaine médical trouve de nouveaux soutiens au cours des années 1940 et 1950 grâce à la fondation de nouveaux organismes de financement, tels que l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM, 1943) et le Fonds national de la recherche scientifique (FNRS, 1952). Lancée au début des années 1940 par le prof. Alfred Gigon de la Faculté de Bâle, l'idée de l'ASSM est de regrouper les biologistes et les médecins actifs dans le domaine de la recherche en Suisse afin de coordonner les divers projets et de bénéficier d'un plus large soutien de la part des entreprises privées : en 1941, l'industrie chimique bâloise et la société Nestlé acceptent de créer un fonds de dotation et d'y engager 400'000 francs durant les trois premières années³⁰⁵. Les promoteurs de l'ASSM proviennent de toutes les Universités suisses. Les représentants de la Faculté de médecine de Lausanne sont des professeurs issus de la Clinique médicale (prof. Michaud), du Service de radiologie (prof. Rosselet) et de l'orthopédie (prof. Nicod). Il faut souligner l'absence de Decker, pourtant à la tête de la plus grande clinique universitaire de Lausanne, qui s'explique sans doute par son manque d'intérêt pour la recherche expérimentale au début des années 1940. Dans la

³⁰⁴ Voir S 73, procès-verbaux du CSH.

³⁰⁵ ACV, S 54, 1943, 42/30, Académie suisse des sciences médicales, *Rapport sur les travaux préparatoires en vue de sa création*, 1949. Sur les débuts de la politique fédérale d'aide à la recherche et le rôle de l'ASSM dans ce processus, voir Antoine Fleury et Frédéric Joye, *Les débuts de la politique de la recherche en Suisse. Histoire de la création du Fonds national de la recherche scientifique*, Genève, Droz, 2002, 223 p.

continuité de son maître César Roux, Decker est encore essentiellement un praticien. C'est au cours des années 1940 que la recherche se développe dans son service, sous l'impulsion de jeunes assistants désireux de se spécialiser. Son absence de l'ASSM a pu jouer en défaveur de la recherche expérimentale dans son Service de chirurgie. Aucune bourse n'est allouée à l'un de ses élèves durant les premières années de l'existence de l'ASSM³⁰⁶.

L'ASSM favorise notamment les voyages de formation à l'étranger, principalement aux Etats-Unis. Elle fonde en 1945 un *Swiss American Center of medical exchange and information* à New York³⁰⁷. Il s'agit clairement d'aller acquérir les nouveaux savoir-faire mis au point aux Etats-Unis et de les transférer dans les hôpitaux suisses, à l'exemple des nouvelles techniques d'anesthésie pour lesquelles l'ASSM accorde une bourse en 1946 : « Actuellement, c'est une nécessité pour de nombreux jeunes chirurgiens suisses de se perfectionner aux Etats-Unis. [...] Grâce à l'attribution de bourses de divers montants, dix médecins suisses, parmi lesquels cinq privat-docents, ont pu bénéficier d'un séjour d'études plus ou moins long. En outre, l'American-Swiss Foundation a accordé une somme de 2'000 dollars pour la formation d'un spécialiste en anesthésie. Comme on le sait, la technique de l'anesthésie est parvenue à un très haut degré aux Etats-Unis, et l'occasion est maintenant offerte à un jeune médecin suisse de se familiariser avec ces méthodes. »³⁰⁸ A côté des bourses offertes par l'ASSM, on note aussi à la même époque le soutien de fondations privées, comme la *Rockefeller Foundation* ou l'*American Swiss Foundation for scientific exchange*, basée à Boston et soutenue par des industriels helvétiques³⁰⁹.

Plusieurs élèves de Decker se rendent outre-Atlantique pour se former à un domaine particulier, comme le Dr Buffat en neurochirurgie, les Drs Naef et Francioli en chirurgie thoracique ou le Dr Hahn en chirurgie cardiaque, certains d'entre eux grâce à une bourse de l'ASSM. Au-delà de la formation scientifique proprement dite, le modèle américain fascine les médecins suisses par ce qu'il apporte comme nouvelles méthodes de travail (haute qualité technique de l'équipement, investissements financiers d'envergure, travail en équipe, etc.). Ainsi la Faculté de médecine de Genève déclare-t-elle en 1952 que le Dr René Mach « a fait un voyage de trois mois aux Etats-Unis d'Amérique, non pas tant pour y compléter ses connaissances que pour s'y documenter sur les méthodes de travail si fructueuses des Instituts

³⁰⁶ A contrario, la présence parmi les fondateurs de l'ASSM du prof. Albert Jentzer, chef de la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal de Genève, permet des crédits en faveur de recherches en neurochirurgie dans le cadre de son service.

³⁰⁷ ACV, S 54, 1946, 42/20.

³⁰⁸ ACV, S 54, 1947, 42/7.

scientifiques du Nouveau Monde. »³¹⁰ Decker lui-même fait un voyage d'études d'un mois aux Etats-Unis en 1948 : malgré le scepticisme du début, il veut voir de ses propres yeux cette nouvelle médecine qui enthousiasme ses élèves.

Le Service de chirurgie sous la direction de Decker : l'émergence du travail d'équipe et des spécialités chirurgicales (1936-1957)

L'entrée en fonction de Decker se situe donc dans un contexte socio-économique d'une plus grande compétitivité sur le marché des soins et d'un accès facilité – pour des raisons juridiques (titre FMH) et économiques (système de bourses) – vers les filières de spécialisation. L'Hôpital cantonal est lui-même le reflet de la "pléthore médicale" et de la nécessité de se repositionner sur le marché. Le personnel médical y est en très forte croissance. Si le nombre de médecins-chefs reste globalement le même de 1900 aux années 1950, soit une dizaine de professeurs chefs de service, on assiste en revanche à une véritable explosion du nombre d'assistants (internes, chefs de clinique et médecins-assistants). Les sources ne nous permettent malheureusement pas d'isoler les chiffres du Service de chirurgie, qui se situe pleinement dans cette tendance. C'est sous la direction de Decker que l'on passe d'une organisation hiérarchique de la chirurgie – i.e. division verticale du travail – à un travail d'équipe et de diversification des compétences individuelles, soit à une division horizontale du travail.

Tab. 10 Médecins en poste à l'Hôpital cantonal, 1900-1960³¹¹

	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960
Médecins-chefs	7	7	9	10	10	10	11
Assistants	10	11	11	11	36	66	82
Nombre moyen d'assistants par service	1.4	1.6	1.2	1.1	3.6	6.6	7.5

Decker ne se veut pas un généraliste omniscient. Il cherche rapidement à sous-traiter certains enseignements. Dès 1935, le Dr Maurice Vulliet, fils du professeur décédé, donne un cours de

³⁰⁹ Mireille Lador, « Institution et sciences : modèles et réformes à la Faculté de médecine de Genève (1930-1973) », in *La formation des médecins (19^e-20^e siècles)*, Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale, 1998, pp. 88-89.

³¹⁰ Ibidem, cité p. 88.

³¹¹ Annuaire officiel du canton de Vaud, 1900-1960.

chirurgie infantile comme privat-docent. L'année suivante, la lourde charge de l'enseignement de médecine opératoire est confiée au Dr Charles Perret, soutenu par Decker, qui essaie de lui obtenir le titre de professeur mais dont l'activité dans sa clinique privée lui porte préjudice³¹².

L'équipe du Service de chirurgie s'accroît et se diversifie au cours des années 1940 et 1950, avec la nomination du Dr Jean Rossier comme privat-docent (1941), du Dr Théodore Ott comme assistant spécial de neurochirurgie (1943), du Dr Jean-David Buffat comme médecin-adjoint (1947), du Dr Eugène Urech – ancien chef de clinique d'Henri Vulliet – comme professeur extraordinaire (1951), du Dr Pierre Francioli comme privat-docent (1952), du Dr Christian Reymond comme médecin-chef anesthésiste (1954) et enfin du Dr Frédéric Saegesser comme privat-docent (1956)³¹³.

Decker a une politique de formation de ses élèves foncièrement différente de celle de Roux. Ses principaux chefs de clinique font en effet leur carrière dans le milieu universitaire plutôt qu'à la tête d'un service hospitalier régional comme les élèves de Roux. Mis à part le cas du Dr Rossier, décédé prématurément, et du Dr Buffat, qui poursuit sa carrière dans le secteur privé, les chefs de clinique de Decker terminent leur carrière à un poste de professeur.

Tab. 11 Principaux chefs de clinique de Pierre Decker, 1937-1958³¹⁴

Date	Nom	Spécialités	Carrière
1937-1942	Jean Rossier	neurochirurgie	privat-docent (1941), décès prématuré à 36 ans (1942)
1942-1947	Jean-David Buffat	neurochirurgie	privat-docent (1942), médecin-adjoint (1947), pratique privée (1947)
1947-1953	Pierre Francioli	chirurgie cardio- vasculaire, urologie	privat-docent (1952), chargé de cours (1957), professeur (1979)
1953-1956	Frédéric Saegesser	chirurgie générale	privat-docent (1956), professeur (1957)
1956-1958	Roger Mosimann	chirurgie vasculaire	privat-docent (1961), professeur (1966)

³¹² Il travaille en effet à la Clinique La Prairie à Clarens avec son beau-frère, le Dr Paul Niehans jr, dont certaines méthodes thérapeutiques (lutte contre le vieillissement par injection de cellules animales fraîches) sont controversées. Selon le Conseil de Faculté, Perret « couvre de son autorité l'activité professionnelle d'un praticien dont les méthodes sont désavouées. » Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 23 janvier 1935.

³¹³ CRCE, Département de l'Intérieur, diverses années.

Il en va de même pour les médecins-adjoints, qui font leur apparition dans le Service de chirurgie durant la période Decker. Ainsi que le rappelle le conseiller d'Etat Despland en 1956, « on entend par médecins-adjoints des médecins qui ont leur propre clientèle en ville mais sont spécialistes dans certaines branches de la médecine, auxquels le professeur de certains services – chirurgie, pédiatrie, médecine, par exemple – fait appel en raison de leurs connaissances spéciales. Le médecin-adjoint est donc un médecin praticien en titre, qui se rend à l'Hôpital cantonal selon les besoins, pour s'occuper de cas ressortissants à une spécialité bien déterminée. Il remplace le professeur dans certains cas particuliers qui relèvent de sa spécialité. »³¹⁵ Ces praticiens jouent ainsi un rôle important dans la spécialisation et la diversification des compétences au sein du service. Ils apparaissent comme des acteurs centraux de la division verticale du travail. Très souvent issus du Service de chirurgie, parfois anciens chefs de clinique, ils font tous carrière dans la recherche médicale ou l'enseignement universitaire.

Maurice Vulliet, médecin-adjoint en 1943-1947, cumule les fonctions de médecin-chef de l'Hospice de l'Enfance (1949-1966) et de professeur de médecine des accidents (1945-1966). Quant à Jean-David Buffat, adjoint en 1947-1951, il devient privat-docent de thérapeutique chirurgicale, s'illustre dans la recherche neurologique puis passe l'essentiel de sa carrière à développer la Clinique de La Source dont il est président du conseil d'administration depuis 1955. Enfin, Pierre Francioli, adjoint en 1953-1959, s'éloigne de la recherche pure en direction de l'enseignement de branches générales : privat-docent de sémiologie chirurgicale (1952-1957), il devient en 1957 chargé de cours de clinique chirurgicale propédeutique et d'anatomie chirurgicale dès 1966 – deux branches enseignées auparavant par Decker – puis professeur (1979)³¹⁶.

On rencontre aussi des anciens élèves de Decker qui s'illustrent en-dehors du Service de chirurgie et font carrière dans une autre spécialité médicale. L'influence de leur formation en chirurgie est toutefois patente : ils importent des méthodes chirurgicales dans leurs branches de prédilection (ORL, pédiatrie, urologie, etc.). La fusion des savoir-faire permet dans ces cas à de nouvelles spécialités – ou sous-spécialités – d'émerger. Le développement des interventions chirurgicales en ORL doit beaucoup au Dr Jean-Pierre Taillens, ancien interne

³¹⁴ ACV, Dossiers ATS, Rossier Jean ; Olivier Robert et Franceso Panese, *Dictionnaire...*, op. cit. ; les informations concernant le Dr Buffat m'ont été aimablement communiquées par Denise Francillon, archiviste de l'Ecole de La Source.

³¹⁵ BGC, 22 mai 1956. Despland rappelle aux députés le rôle des médecins-adjoints, dans le cadre des discussions autour du projet de loi sur les établissements hospitaliers.

de Decker, qui succède au prof. Barraud à la tête du Service ORL en 1943. Lors du départ à la retraite de Decker, il lui témoigne sa reconnaissance en écrivant notamment : « Comme jeune chirurgien, décidé, en fonction de l'évolution de l'ORL, à lancer ma clinique sur le plan chirurgical et non plus sur le seul plan médical qui était la règle auparavant, j'ai appliqué à tous instants l'enseignement que vous m'aviez donné. »³¹⁷ Les interventions chirurgicales dans ce service prennent de l'importance et l'on note l'arrivée en 1962 du Dr Rodolphe Meyer comme médecin-adjoint de Taillens et privat-docent à la Faculté³¹⁸. Il faut aussi citer le cas de la chirurgie pédiatrique à laquelle s'intéressent plusieurs médecins dans l'après-guerre. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, l'Hospice de l'Enfance n'est pas le cadre principal de l'affirmation de la chirurgie pédiatrique. Ni Henri Vulliet, chirurgien de cet établissement en 1910-1926, ni son fils Maurice Vulliet, chirurgien adjoint puis responsable en 1926-1966, ne tentent de s'imposer comme des spécialistes de chirurgie infantile. Bien qu'ayant accédé tout deux à une charge professorale, Henri Vulliet à la tête de la chaire de chirurgie et Maurice Vulliet comme professeur de médecine des accidents, aucun ne cherche à faire de la chirurgie pédiatrique une filière de spécialisation rattachée à une clinique universitaire, même si ce dernier donne des cours de chirurgie infantile en tant que privat-docent dès 1935. C'est en fait un élève de Decker, le Dr Noël Genton, qui autonomise la chirurgie infantile. Après des stages effectués à l'Hôpital de Nyon, chez le Dr Gustave Piotet, puis dans le Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal, il se rend en 1956 à Zurich, où existe une clinique de chirurgie infantile, et se forme durant cinq ans à cette branche. De retour à Lausanne en 1961, il est accueilli dans le Service de chirurgie de Saegesser, où il fonde un Département de chirurgie pédiatrique³¹⁹. Quant à l'urologie, elle présente de fortes similarités avec la pédiatrie. C'est aussi un ancien assistant du Dr Gustave Piotet à l'Hôpital de Nyon parti ensuite à l'Hôpital universitaire de Zurich, le Dr Etienne Amsler, qui développe des thérapies chirurgicales dans cette branche, après sa nomination de médecin au service d'urologie de l'Hôpital cantonal de Lausanne et privat-docent (1966)³²⁰.

On voit ainsi apparaître dans l'après-guerre des médecins ayant une formation de base en chirurgie générale dans des services s'occupant d'autres branches de la médecine. Cette importation de méthodes chirurgicales est grandement favorisée par la réglementation des divers titres FMH dès 1932, qui oblige les candidats à un titre de spécialiste d'effectuer, après

³¹⁶ Olivier Robert et Franceso Panese, *Dictionnaire...*, op. cit.

³¹⁷ BCU, Fonds Pierre Decker, lettre de Taillens à Decker, 3 juillet 1956.

³¹⁸ Claude Verdan, *Histoire de la Société suisse de chirurgie plastique reconstructive et esthétique à l'occasion de son vingtième anniversaire, 1965 – 1985*, Lausanne, 1985, pp. 16 et 35.

³¹⁹ Olivier Robert et Franceso Panese, *Dictionnaire...*, op. cit.

l'obtention de leur diplôme de médecine, une ou deux années dans une autre branche, généralement sans spécifier laquelle, en plus du temps nécessaire à leur spécialité elle-même³²¹. Cette mesure encourage ainsi fortement les "transferts technologiques" entre les diverses branches.

Enfin, plusieurs anciens élèves de Decker font carrière à la tête de services chirurgicaux d'hôpitaux de Suisse romande. Dans la continuité de leurs prédécesseurs formés chez Roux, ils participent au développement des hôpitaux au cours des années 1950 et 1960. Dans le canton de Vaud, on trouve par exemple le Dr Paul-Henri Thélin, chirurgien à l'Hôpital de Sainte-Croix (1944) puis à celui de Montreux (1948), le Dr Marcel Croisier, chirurgien à l'Hôpital de Sainte-Croix (1948), le Dr Hubert de Reynier, chirurgien à l'Hôpital de Rolle (1951) ou le Dr Albert Dentan à l'Hôpital de Lavaux. En-dehors du canton de Vaud, citons le cas du Dr Marcel Quéloz, formé chez Decker dans les années 1930 puis aux Pays-Bas, chef du Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Fribourg pendant vingt-cinq ans (1951-1975) et promoteur aux côtés du conseiller d'Etat Roggo de la réalisation du nouvel Hôpital cantonal sur le site de Bertigny (1972)³²². De même, le Dr Samuel Schneider, interne chez Decker dans les années 1950, est nommé à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds (1965) où il organise le Service de chirurgie du nouvel établissement ouvert en 1966. Ces quelques brillantes carrières ne doivent toutefois pas masquer le fait que les postes de chirurgien-chef sont rares en Suisse romande. Plusieurs autres élèves de Decker s'installent dans des cabinets privés, dans la région lausannoise ou genevoise, et opèrent leurs malades dans des cliniques privées, avec parfois un accès partiel à l'Hôpital cantonal en tant que consultant (Drs Jean Argand, Rolf Glatt, Philippe Grin, Pierre Ryncki, etc.)³²³.

Revenons à la nouvelle génération de chirurgiens qui entreprennent sous l'autorité de Decker une spécialisation dans un organe ou une partie du corps déterminée, à une période où le marché médical vaudois devient saturé de chirurgiens généralistes au cours des années 1930. Les hôpitaux régionaux ont presque tous été modernisés et ont à leur tête des chirurgiens dans la force de l'âge, notamment ceux formés chez Roux. De même, les grandes cliniques

³²⁰ ACV, Dossiers ATS, Amsler Etienne.

³²¹ *Bulletin professionnel des médecins suisses*, 1935, pp. 654-655. Seule l'orthopédie exige deux ans de chirurgie. Pour la dermatologie, l'obstétrique, la gynécologie, l'ORL, la pédiatrie, la radiologie, l'urologie et la vénérologie, le choix de la branche est libre.

³²² Informations biographiques aimablement communiquées par Alain Bosson.

³²³ Informations biographiques tirées des dossiers ATS conservés aux ACV, ainsi que des ouvrages cités en bibliographie.

généralistes ouvertes au corps médical, comme la Clinique Cecil ou celle de La Source, comptent déjà de nombreux médecins agréés. Les possibilités de travail et de carrière en milieu hospitalier se trouvent ainsi fort réduites pour les élèves de Decker. Il est donc aisément compréhensible que ces jeunes chirurgiens soient attirés par la recherche médicale et n'hésitent pas à entreprendre des voyages d'études et de formation dans les cliniques chirurgicales actives dans des spécialités, essentiellement aux Etats-Unis et aux Pays-Bas. Les spécialisations chirurgicales entreprises sous Decker peuvent être vues comme une division horizontale du travail³²⁴. En autonomisant certains champs de recherche, les élèves de Decker se créent des niches d'activité dans lesquelles leur position dominante de spécialiste est reconnue. Cette autonomisation heurte toutefois la position ambiguë de Decker. Il est tout à fait sensible à la nécessité d'entreprendre à Lausanne une diversification des activités chirurgicales, dans la direction des nouvelles spécialités, notamment pour la renommée de son service et sa position sur le marché des soins. Il encourage à plusieurs reprises ses internes et chefs de service à partir à l'étranger, principalement aux Etats-Unis, pour y acquérir de nouveaux savoir-faire. En revanche, Decker supporte mal de voir ses élèves échapper à son contrôle lors de leur retour à Lausanne. Désireux garder la haute-main dans son service, il apparaît ainsi comme un véritable héritier de César Roux. Ses élèves ne lui en tiennent pas rigueur : ils quittent l'Hôpital cantonal et s'installent dans des cliniques privées, voire à l'Hôpital cantonal de Genève, et continuent en toute indépendance leur travail de chirurgien spécialiste. C'est notamment ce qui se passe dans le cas de la neurochirurgie, de la chirurgie cardio-vasculaire, de l'anesthésiologie et de la chirurgie de la main.

La neurochirurgie

A la fin des années 1930, un jeune médecin prometteur repéré par Decker, le Dr Jean Rossier, se rend à deux reprises aux Etats-Unis pour y suivre les cours d'un célèbre élève de Kocher, le prof. Harvey Cushing, considéré comme l'un des fondateurs de la neurochirurgie. Ce dernier apporte son soutien moral à Rossier – notamment en l'autorisant à traduire en français l'une de ses œuvres majeures intitulée *Tumeurs intracrâniennes*. Il a alors trouvé une niche chirurgicale attrayante, mais son décès prématuré à l'âge de 36 ans met un terme à une carrière pleine d'avenir (1942)³²⁵.

³²⁴ Barbara Bridgman Perkins écrit que « cette spécialisation horizontale est [...] un processus dans lequel les fournisseurs de services définissent des produits distincts pour lesquels ils créent un marché. » Voir Barbara Bridgman Perkins, « Shaping Institution-Based Specialism : Early Twentieth-Century Economic Organisation of Medicine », in *Social History of Medicine*, 1997, pp. 419-435.

³²⁵ ACV, Dossiers ATS, Rossier Jean.

Le Service de chirurgie n'abandonne pas pour autant son désir de percer dans cette nouvelle discipline. Decker embauche un interniste, le Dr Théodore Ott, qu'il fait nommer assistant spécial de neurologie (1942). Ce dernier devient privat-docent en 1951 puis chef du Centre d'électroencéphalographie, dans le cadre du service de médecine interne, en 1954. Il fait de la neurologie une spécialité lausannoise de renommée mondiale³²⁶. Dans le même temps, Decker envoie à son tour le Dr Jean-David Buffat, de retour d'un stage de trois mois chez l'un des premiers chirurgiens suisses à se lancer dans la neurochirurgie, le prof. Krayenbuhl de Zurich, aux Etats-Unis (1947). Le séjour outre-Atlantique devient peu à peu un passage obligé dans la construction d'une carrière chirurgicale et Decker doit expliquer à un Conseil de Santé et des Hospices plutôt sceptique que « le voyage d'étude de M. le Dr Buffat aux USA n'est pas une affaire personnelle, mais une nécessité pour le service de chirurgie. »³²⁷ A son retour à Lausanne, Buffat participe aux travaux de recherche en neurochirurgie jusqu'à son départ pour le secteur privé au début des années 1950³²⁸. Il est alors remplacé par le Dr Roger Campiche, assistant de neurochirurgie (1955), puis bientôt chef de clinique dans cette branche (1961), professeur (1975) et chef du service autonomisé de neurochirurgie (1983). Mais le véritable promoteur de la neurochirurgie à l'Hôpital cantonal est le Dr Eric Zander, ancien assistant et chef de clinique de Krayenbuhl au service de neurochirurgie de l'Hôpital cantonal de Zurich. Débauché par Saegesser en 1958 comme médecin-assistant de neurochirurgie, puis professeur en 1963, il fait de cette branche un service autonome au cours des années 1960³²⁹.

Les débuts de la chirurgie cardio-vasculaire

Les affections du cœur ressortent ordinairement de la médecine interne avant que de jeunes assistants lausannois fassent du cœur un objet chirurgical³³⁰. Ainsi, la cardiologie est d'abord enseignée dans le cadre du Service de médecine, par le Dr Ivan Mahaim, privat-docent des maladies du cœur dès 1931 et professeur de cardiologie au début des années 1960, puis par le Dr Pierre Desbaillet, chef de clinique d'Alfredo Vannotti (1952-1957) et privat-docent de cardiologie dès 1963³³¹.

De leur côté, certains médecins de l'équipe de Decker réfléchissent aux possibilités d'interventions chirurgicales sur le cœur. Le premier assistant à se former à cette spécialité est

³²⁶ Olivier Robert et Franceso Panese, *Dictionnaire...*, op. cit.

³²⁷ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 29 octobre 1946.

³²⁸ Informations aimablement communiquées par Denise Francillon, archiviste de La Source.

³²⁹ Olivier Robert et Franceso Panese, *Dictionnaire...*, op. cit.

³³⁰ Christopher Lawrence a montré que la chirurgie cardio-vasculaire est rendue possible par une nouvelle manière de concevoir le cœur, c'est-à-dire comme un organe opérable et ne relevant pas uniquement de la médecine interne. Voir Christopher Lawrence, « Democratic, divine... », op. cit.

le Dr Andreas Naef, diplômé de la Faculté de Zurich et entré au service de Decker en 1943. Son intérêt le porte dans un premier temps vers une spécialité émergente pas encore présente en Suisse romande, la chirurgie thoracique, qui est alors essentiellement une chirurgie pulmonaire. Dans ses mémoires, Naef met bien en avant la difficulté des débouchés professionnels qui s'offrent aux jeunes médecins de la fin de l'entre-deux-guerres³³². La volonté de se spécialiser correspond alors à un désir de s'installer dans une niche sur le marché des soins et d'y faire carrière. Affirmant qu'il voulait « assurer [son] avenir dans le service de Lausanne »³³³, Naef obtient de Decker en 1946 l'autorisation de se rendre aux Etats-Unis « pour apprendre cette chirurgie. »³³⁴ Lors de ses stages hospitaliers (Baltimore, Boston, Chicago, New York), il assiste aux débuts de la chirurgie cardiaque et entreprend à son retour à Lausanne les premières opérations de malformations cardiaques, avec la collaboration de cardiologues comme Ivan Mahaim (1947-1948)³³⁵. Cependant, les difficultés relationnelles avec Decker, qui n'accorde pas à son assistant l'autonomie demandée, mettent fin à la collaboration de Naef avec l'Hôpital cantonal (1949). De retour d'un second voyage aux Etats-Unis où il se forme à la chirurgie cardiaque proprement dite, il s'installe à la Clinique de La Source (1950) où il pratique depuis 1951 des opérations cardiaques avec le Dr Jean-Louis Rivier³³⁶. Au cours des années 1950, La Source s'affirme comme le centre de la chirurgie cardiaque en Suisse romande dans lequel les cardiologues de Lausanne (prof. Mahaim) et de Genève (prof. Duchosal³³⁷) envoient leurs malades qui doivent être opérés. Fort de cette expérience, Naef est nommé chirurgien-adjoint à l'Hôpital cantonal de Genève (1956) où il poursuit sa carrière, avant d'être engagé en 1964 par l'Hôpital d'Yverdon dont les administrateurs désirent s'offrir un chirurgien de pointe³³⁸.

Entre temps, d'autres élèves de Decker entreprennent la spécialisation en chirurgie cardiaque. Le Dr Pierre Francioli donne sa leçon inaugurale de privat-docent sur *La chirurgie du cœur*

³³¹ Olivier Robert et Franceso Panese, *Dictionnaire...*, op. cit.

³³² Andreas Naef, *De la tuberculose à la greffe du cœur. 1940-1990. Parcours d'un chirurgien*, Genève, Médecine & Hygiène, 1995, 101 p.

³³³ Ibidem, pp. 19-20.

³³⁴ Ibidem, p. 19.

³³⁵ Ibidem, p. 44.

³³⁶ Jean-Louis Rivier (né en 1912) : diplômé de la Faculté de Lausanne, cardiologue installé à Lausanne, privat-docent (1955), chargé de cours (1960) et professeur de cardiologie (1964) à la Faculté de Lausanne. Olivier Robert et Franceso Panese, *Dictionnaire...*, op. cit.

³³⁷ Pierre Duchosal (1905-1988) : diplômé de la Faculté de Genève, il construit durant ses études le premier électrocardiogramme à enregistrement direct (1927). Directeur du Centre de cardiologie de l'Hôpital cantonal de Genève, il jouit d'une renommée internationale. AEG, Fichiers biographiques.

³³⁸ Ils écrivent ainsi dans leur rapport annuel 1965 que « dans la presse locale et jusque dans notre population, il est de plus en plus question de notre Hôpital. Nous ne pouvons que nous réjouir des propos élogieux tenus à ces occasions à l'intention de notre établissement hospitalier et de son médecin responsable, Monsieur le Docteur Naef. ». Hôpital d'Yverdon, rapport annuel, 1965, p. 3.

(1953), branche dans laquelle il s'est spécialisé lors des années passées comme chef de clinique. Il a spécialement effectué plusieurs voyages de perfectionnement en chirurgie cardiaque et thoracique dans les hôpitaux les plus réputés au cours des années 1951-1953 (France, Pays-Bas, USA). Mais, au départ de Decker, Francioli reprend une partie de l'enseignement de chirurgie générale et abandonne la recherche en chirurgie cardio-vasculaire³³⁹.

C'est alors le Dr Charles Hahn qui développe cette spécialité, après de nombreux voyages aux Etats-Unis et aux Pays-Bas³⁴⁰. Il obtient en 1957, sur proposition du prof. Decker, le Prix César Roux pour lui permettre un important voyage de perfectionnement aux USA. A son retour, il est mandaté par Decker, puis par son successeur Saegesser, pour développer à l'Hôpital cantonal cette spécialité avec une petite équipe à son service et obtient un enseignement de privat-docent. Mais, vers la fin des années 1950, Hahn se brouille avec les dirigeants de l'Hôpital et de la Faculté qui hésitent à lui mettre à disposition tout l'équipement demandé. Il se tourne alors vers les cliniques privées lausannoises et rejoint le Dr Naef. La chirurgie à cœur ouvert est développée dans le cadre de la Clinique de La Source. Le soutien financier de la famille Sandoz permet la création d'un cadre de travail optimal : un système de soins intensifs est mis en place, avec notamment un Centre de recherche en chirurgie cardiaque à cœur ouvert (1961). Le Dr Hahn travaille aussi à la Clinique Bois-Cerf, pour des cas de chirurgie cardiaque plus légers. Enfin, en 1974, il crée un centre de chirurgie cardiologique de renommée internationale à la Clinique de Genolier, et devient professeur à la Faculté de médecine de Genève.

L'anesthésiologie

Bien qu'elle ne soit pas une spécialité chirurgicale proprement dite, l'anesthésiologie se développe en parallèle avec les recherches en chirurgie thoracique. Ces interventions nécessitent en effet une anesthésie par intubation, afin d'éviter l'affaissement des poumons lors de l'opération, technique que ni le corps médical, ni le personnel infirmier ne maîtrise à Lausanne avant le début des années 1940. C'est autour de cette innovation médico-technique que se construit l'autonomisation de l'anesthésiologie. Jusqu'alors, l'anesthésie n'est pas considérée comme un acte médical en soi et est du ressort du personnel subalterne (diaconesse, infirmier, assistant). Durant la seconde partie des années 1930, certains

³³⁹ IURHMS, Dossiers biographiques, Francioli Pierre.

³⁴⁰ Voir ses mémoires *Chirurgien du cœur. L'une des conquêtes médicales du siècle par un grand patron de Suisse romande*, Lausanne, 24 Heures, 1987, 377 p.

chirurgiens suisses prennent conscience des avancées faites dans les techniques d'anesthésie dans les pays anglo-saxons et scandinaves. Plusieurs jeunes médecins y font une formation post-graduée – surtout après 1945 – qui leur permet de s'imposer à leur retour en Suisse comme les spécialistes de cette technique. Parmi eux se trouve un Vaudois, le Dr Charles Bovay, formé aux Etats-Unis en 1948. A son retour à Lausanne en 1950, il s'installe comme anesthésiste privé, pratique dans les cliniques de la ville et participe entre autre aux débuts de la chirurgie cardiaque aux côtés du Dr Naef³⁴¹.

Contrairement à d'autres hôpitaux cantonaux (Bâle, Saint-Gall, Winterthour, Zurich, etc.), l'Hôpital cantonal de Lausanne ne voit que tardivement la fonction de médecin-anesthésiste reconnue, notamment parce que le prof. Decker s'oppose à l'autonomisation de cette partie de la médecine, préférant laisser l'anesthésie entre le mains d'une diaconesse qui reconnaît son autorité. Lorsque son assistant Naef revient de son premier voyage aux Etats-Unis, fin 1946, où il s'est spécialisé en chirurgie thoracique et a acquis la technique de l'intubation trachéale, il l'informe de la possibilité offerte par le Massachusetts General Hospital de Boston d'y envoyer un assistant suisse afin de le former à l'anesthésiologie³⁴². Mais, suite au désintérêt de Decker, ce poste est offert au Dr Werner Hügin, assistant à l'Hôpital de Bâle, qui deviendra l'un des pionniers de l'anesthésiologie en Suisse au cours des années 1950. Cette branche se voit alors très rapidement reconnaître comme une spécialité médicale par ses pairs. Réunis en un groupement professionnel pour la première fois en 1951, les anesthésistes se présentent l'année suivante à une réunion de la Société suisse de chirurgie et obtiennent peu après un titre FMH pour leur spécialisation (1954)³⁴³. Dans ce contexte, Decker ne peut plus s'opposer à la présence de médecins-anesthésistes dans son service et accepte la nomination en 1954 d'un médecin chef anesthésiste en la personne du Dr Christian Reymond. Ce dernier joue aussi un rôle déterminant dans la diffusion des nouvelles techniques d'anesthésie dans les hôpitaux régionaux du canton de Vaud, où il instruit le personnel – diaconesses essentiellement³⁴⁴.

³⁴¹ Andreas Naef, op. cit., p. 59.

³⁴² Ibidem, pp. 32-34.

³⁴³ Voir T. Pasch et F. Frei, « 50 ans de la Société Suisse d'Anesthésie et de Réanimation (SSAR) », in *Bulletin des médecins suisses*, 2002, pp. 2766-2770.

³⁴⁴ C'est notamment le cas à l'Hôpital de Nyon en 1957. Gustave Piotet, op. cit., p. 83.

*La chirurgie de la main*³⁴⁵

Diplômé de la Faculté de Lausanne (1933), le Dr Claude Verdan entreprend sa spécialisation de chirurgien au Service universitaire de chirurgie de la Faculté de Zurich, chez le prof. Paul Clairmont dont il est assistant (1937-1938), puis chez Decker à Lausanne dès 1944³⁴⁶. C'est à la Policlinique chirurgicale qu'il développe ses connaissances de chirurgie ambulatoire. En effet, à la mort du prof. Gustave Delay (1937), la Policlinique universitaire est remise au prof. Vannotti, à l'exception de la chirurgie ambulatoire, dont on fait une nouvelle policlinique chirurgicale, dépendante du prof. Decker, pour répondre aux exigences fédérales en matière d'examens, qui exigent un semestre de policlinique chirurgicale. Decker remet rapidement la direction de cette policlinique, ainsi que l'enseignement de cette branche à son jeune assistant, le Dr Verdan, nommé chef de la policlinique chirurgicale (1946), privat-docent (1951) et enfin professeur (1961). En parallèle à son activité universitaire, le Dr Verdan ouvre une clinique privée, la Clinique de Longeraie (1946), dans laquelle sera transférée la Policlinique chirurgicale en 1964. Cette alliance entre secteurs privé et public est favorable au développement de spécialités chirurgicales telles que la chirurgie de la main, dont Verdan devient l'un des spécialistes mondiaux, ainsi que la chirurgie plastique et réparatrice, développée en collaboration avec d'autres chirurgiens après 1967. Les savoirs spécifiques développés dans ce cadre permettent au Dr Verdan d'obtenir une place dans la succession de Decker (1957)³⁴⁷. Le cas de la chirurgie de la main, et plus largement de la chirurgie reconstructive, montre ainsi qu'il n'est pas impossible de développer une spécialité chirurgicale dans le service de Decker. L'accord du "patron", de même que l'autonomie découlant de la juxtaposition de plusieurs lieux de travail (clinique privée + policlinique publique), expliquent le succès de la voie subtile empruntée par Verdan dans sa spécialisation. Ce n'est donc pas un hasard s'il parvient à la tête d'une chaire à la Faculté de Lausanne, ce que ni Buffat, ni Hahn, ni Naef ne réussissent.

La nouvelle clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal : « La science au service de l'humanité »³⁴⁸ (1949)

La forte hausse du nombre de médecins composant l'équipe chirurgicale et la diversification des spécialisations ne trouvent pas les conditions matérielles propices à leur réalisation dans

³⁴⁵ Voir ses mémoires, Claude Verdan, *Mémoires d'un chirurgien*, Lausanne, Fondation Claude Verdan, 5 volumes, 1999-2001.

³⁴⁶ Entre 1939 et 1944, le Dr Verdan est médecin d'arrondissement de la CNA à Lausanne.

³⁴⁷ Voir ci-dessous p. 116.

³⁴⁸ ACV, S 73, Classeur non inventorié, *L'Illustré*, 1949, n°48, p. 13.

la clinique universitaire de chirurgie qui date de 1916. De plus, ce service hospitalier ne peut rivaliser avec les nouvelles salles d'opérations des hôpitaux régionaux et des cliniques privées lausannoises (notamment la Clinique Cecil). C'est donc autant une stratégie de repositionnement sur le marché des soins hospitaliers qu'une nécessité scientifique et pédagogique qui expliquent l'impatience de Decker à voir l'Hôpital se doter d'une nouvelle clinique chirurgicale.

En 1936, il fait un premier rapport au Conseil de Santé et des Hospices dans lequel il expose les manques de son service, en matière d'équipement (radiologie, mobilier de la salle d'opérations), d'organisation de l'espace et des flux (salle de narcose séparée du reste, corridor d'accès entre les diverses salles, agrandissement des bureaux des assistants), de personnel infirmier (augmentation de leur nombre) et de bien-être des malades (hausse du nombre de salles, création d'une salle de réveil, etc.)³⁴⁹. Cependant, les années de crise sont un moment peu propice à de telles revendications, bien que les autorités publiques reconnaissent le bien-fondé de la demande. Il faut attendre l'année 1942 pour que le Grand Conseil accepte à l'unanimité un crédit de 1.2 million de francs pour la réalisation d'une nouvelle clinique chirurgicale. Désireuses de s'offrir la meilleure infrastructure possible, les autorités vaudoises ont recours à des architectes renommés dans le domaine hospitalier, William Vetter et Jean-Pierre Vouga³⁵⁰.

Pensé par ses concepteurs comme « le cœur de l'hôpital »³⁵¹, cet établissement se caractérise par un environnement stable et aseptisé (air climatisé, température et humidité constante, etc.), ainsi qu'une organisation rationalisée des flux : la clinique comprend quatre salles d'opérations, avec pour chacune d'entre elles une série de salles attenantes (attente, préparation et narcose, pansement, réveil). Cette nouvelle infrastructure permet la mise en œuvre d'une chirurgie qui se fractionne avec l'apparition de nombreuses spécialités, ainsi que le passage à des interventions plus longues grâce à la maîtrise du shock et de la narcose³⁵². La nouvelle clinique chirurgicale est le produit d'une collaboration entre Decker et les architectes et reflète la volonté du médecin-chef de passer à un nouveau type d'organisation, basé sur le travail en équipe et le travail en continu. L'organisation du travail franchit ainsi une étape supplémentaire. Alors que la division du travail était principalement verticale jusque-là, elle

³⁴⁹ ACV, K VIII B 213/15, rapport de Decker au Département de l'Intérieur et au CSH sur le Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal, 26 février 1936.

³⁵⁰ Sur Vetter et Vouga, voir chapitre 4, pp. 344ss.

³⁵¹ W. Vetter et J.-P. Vouga, « Hôpitaux et cliniques du Canton de Vaud. Bases d'un plan de santé », in *Bulletin technique de la Suisse romande*, 1948, p. 177.

³⁵² Selon le prof. Decker, jusque vers 1940, il n'est pas possible d'effectuer des interventions chirurgicales de plus de deux heures. Pierre Decker, discours d'inauguration de la Clinique (1949). ACV, K VIII D 88.

se fait aussi de manière horizontale dans la nouvelle clinique de Decker. En effet, le chirurgien-chef ne peut plus contrôler directement tout ce qui se passe dans sa clinique et ses quatre salles d'opérations indépendantes. Il est devenu un organisateur et un distributeur des tâches entre les membres toujours plus nombreux de son équipe. Certes, la hiérarchisation subsiste et Decker reste le patron dans sa clinique chirurgicale. Mais il est assisté d'une pléiade de médecins assistants et adjoints qui interviennent dans la prise en charge des malades à un stade précis, selon leur spécialité. De plus, les normes aseptiques se renforcent dans l'entre-deux-guerres – masques et gants se généralisent – et font de l'asepsie un rituel, au sens ethnologique du terme, permettant la stricte séparation entre les chirurgiens qui interviennent directement sur le champ opératoire stérile et les autres personnes présentes en salle d'opérations qui n'y ont pas accès (assistants, personnel infirmier, visiteurs, étudiants, etc.), ce qui renforce et clarifie la division du travail³⁵³.

³⁵³ Pearl Katz, « Ritual in Operating Room », in *Ethnology*, 1981, pp. 335-350 et Stefan Hirschauer, « The Manufacture of Bodies in Surgery », in *Social Studies of Science*, 1991, pp. 279-319.



³⁵⁴ William Vetter et Jean-Pierre Vouga, « Le nouveau groupe opératoire de l'hôpital cantonal de Lausanne (Clinique de Chirurgie) », in *Schweizerische Bauzeitung*, 8 mai 1948, p. 263.

L'organisation spatiale de la nouvelle clinique chirurgicale a elle-même subi une profonde modification qui reflète ces nouvelles manières de travailler. Tout est prévu pour la prise en charge simultanée de plusieurs malades, sans que ces différents flux n'interfèrent les uns sur les autres. Il s'agit notamment d' « éviter toute influence extérieure sur les conditions de travail dans les salles d'opérations. »³⁵⁵ Mis à part la salle d'opérations pour les interventions polycliniques située dans l'ancienne partie du bâtiment (21), cette clinique comprend trois salles d'opérations (28 I, II et III), autonomes mais rassemblées dans un même et seul groupe opératoire. Les malades arrivent sur leur lit dans le hall (43), en provenance du pavillon des opérés (à droite) ou des urgences (entrée principale, à gauche). Ils sont introduits en salle d'attente (37 I, II et III) puis en salle d'anesthésie (34 I, II et III) où ils sont transférés sur une table d'opérations mobile que l'on introduit en salle d'opérations (28 I, II et III). Durant cette première phase, le chirurgien et ses adjoints sont en salle préparatoire (36) où ils « revêtent leurs bottes, leurs tabliers et leurs masques et où ils se lavent. »³⁵⁶ Dans cette salle, des fenêtres d'observation leur permettent de « contrôler [...] la préparation du malade et de la salle d'opérations, ainsi que le travail en salle de stérilisation. Leur préparation terminée, les chirurgiens accèdent aux salles d'opérations par un passage qui relie les deux salles et qui sert également d'accès pour amener les instruments stérilisés de la salle de stérilisation [33] aux salles d'opérations. »³⁵⁷ Après l'opération, les malades sont transférés en salle de pansements (35 I, II et III), où ils retrouvent leur lit, puis dans leur chambre, au pavillon des opérés.

Le groupe opératoire est ainsi conçu pour permettre la prise en charge simultanée et continue de plusieurs opérations. L'organisation hiérarchique de la clinique chirurgicale telle qu'elle existait chez Roux a disparu au profit d'un modèle organisationnel fondé sur la volonté d'assurer une fluidité maximale de la prise en charge des malades par une équipe de chirurgiens. Dans la conception de Decker, « la concentration permet des soins plus efficaces pour un prix de revient extrêmement bas. Il suffit de comparer ce qui se passe dans l'industrie automobile pour être convaincu du bien fondé de ces arguments. »³⁵⁸ Au départ à la retraite de Decker, en 1957, le Service de chirurgie hospitalise annuellement près de 4'000 patients, contre 2'100-2'200 vers 1900.

Bien que ce nouvel établissement ait un coût très élevé – coût global estimé à 4.2 millions de francs en 1949, contre 1.2 million voté en 1942 – il ne soulève pas de polémique au Grand

³⁵⁵ William Vetter et Jean-Pierre Vouga, « Le nouveau groupe opératoire... », op. cit., p. 262.

³⁵⁶ Ibidem.

³⁵⁷ Ibidem.

Conseil, essentiellement parce que l'Etat ne le fait pas au détriment des hôpitaux régionaux. Malgré quelques plaintes de principe, les députés sont unanimes à voter les dépassements de crédits et l'un d'eux déclare en 1949 que « le pays peut se féliciter de l'achèvement d'une œuvre aussi remarquable que le bloc opératoire de la nouvelle clinique chirurgicale. »³⁵⁹

Symbole du passage à une nouvelle ère de la chirurgie, l'inauguration en 1949 de la clinique chirurgicale se double de celle d'un monument en hommage à César Roux. Désormais, Roux appartient donc bien à l'histoire. Tous les médecins, hommes politiques, journalistes et citoyens éclairés présents en gardent l'image d'une chirurgie triomphante, justificatrice notamment de la continuité des investissements financiers de l'Etat dans ce domaine. Il y a bel et bien unanimité sur la question de l'apport du maître à la science médicale, au canton de Vaud et à la Suisse³⁶⁰. Mais cette mythification de Roux, parallèle à l'inauguration de la clinique chirurgicale, est aussi un moyen pour les professeurs de la Faculté, Decker en tête, de s'affirmer comme les véritables héritiers du maître, ce qui justifie la remise en question de la politique hospitalière cantonale : puisque Roux appartient désormais à l'histoire, il n'y a pas de raison pour que les hôpitaux régionaux modernisés par ses élèves persistent dans la voie d'un développement tous azimuts.

Après Decker, la consécration d'une chirurgie d'équipe

La question de la succession de Decker se pose en des termes délicats³⁶¹. Aucune personnalité médicale ne s'impose par ses connaissances dans l'ensemble des domaines défrichés depuis les années 1940. Aussi le Conseil de Faculté décide-t-il de remplacer Decker par trois chirurgiens : un généraliste, le Dr Saegesser, nommé professeur et chef du Service de chirurgie, ainsi que deux spécialistes comme chargés de cours, le Dr Verdan, en chirurgie de la main³⁶², et le Dr Francioli, en urologie. Enfin, on complète la nouvelle équipe avec le Dr

³⁵⁸ Ces mots sont ceux d'un opposant à Decker et à la centralisation des cas chirurgicaux à l'Hôpital cantonal, le Dr Charles Rochat, chirurgien à l'Hôpital de Lavaux, dans une lettre qu'il adresse au député libéral François Cuénoud. AFHV, Lettre de Charles Rochat à François Cuénoud, 6 novembre 1957.

³⁵⁹ Il s'agit du député Adrien Miéville. BGC, 18 mai 1949.

³⁶⁰ A la même époque paraît une biographie de Roux dans le recueil de Martin Hürlimann (dir.), *Grands hommes de la Suisse*, Payot, Lausanne, 1945. Il se retrouve ainsi dans le panthéon des 42 personnalités qui ont fait la Suisse, aux côtés de Jean Calvin, Henry Dunant, Nicolas de Flue, Albert de Haller, Jean-Jacques Rousseau, Carl Spitteler, Alexandre Vinet, etc.

³⁶¹ Les procès-verbaux de la Faculté de médecine ne donnent aucune information à propos des diverses candidatures. Quant aux dossiers du Département de l'Instruction publique, ils n'étaient pas consultables à l'époque de cette recherche (délai de consultation de cinquante ans).

³⁶² Le Conseil de Faculté lui préfère dans un premier temps le Dr Buffat en neurochirurgie puis change d'avis, pour des raisons qui ne sont pas explicitées.

Auguste Jost comme chirurgien-adjoint, et un interniste, le Dr Pierre Desbaillet, comme médecin-adjoint cardiologue³⁶³.

La nomination de Saegesser rompt avec une certaine tradition chirurgicale qui, avec la filiation Kocher-Roux-Decker, avait fait du modèle allemand la référence en matière d'exercice de la chirurgie à Lausanne. Frédéric Saegesser est quant à lui hautement représentatif de la nouvelle génération de chirurgiens qui émerge autour de Decker, dès la fin des années 1930, se lance dans diverses spécialités chirurgicales et acquiert ses connaissances aux Etats-Unis. S'il reste un chirurgien généraliste, malgré un intérêt marqué pour la chirurgie thoracique, Saegesser construit sa formation à une échelle véritablement internationale. Après son diplôme de médecin obtenu à la Faculté de Genève (1942), il entreprend en effet une formation complémentaire à Leyden (prof. Bromm), Londres (prof. Brock) et Denver (prof. Swann), avant de se voir engager par Decker comme chef de clinique adjoint en 1947. Avec Saegesser, on passe ainsi du modèle allemand au modèle américain³⁶⁴.

D'emblée, Saegesser revendique la poursuite et l'extension du travail en équipe, ainsi que le développement de la recherche scientifique. Dans son discours d'installation (1959), il insiste particulièrement sur « la complexité des problèmes à résoudre [qui] rend indispensable l'assistance de nombreux collaborateurs »³⁶⁵, parmi lesquels des anesthésistes, des physiologistes, des infirmières spécialisées et divers techniciens. Ce discours public – le conseiller d'Etat Oguey, chef du Département de l'Instruction publique, et plusieurs professeurs y assistent – est ainsi une manière de revendiquer et de justifier l'octroi de moyens financiers et une politique de forte croissance du Service de chirurgie. Très rapidement en effet, Saegesser complète son équipe et cherche à s'adjoindre de jeunes médecins dans les diverses spécialités émergentes, telles que la neurochirurgie (Dr Eric Zander 1957), la chirurgie vasculaire (Dr Roger Mosimann 1959) ou la chirurgie de l'appareil moteur (Dr Bernard de Montmollin, 1962). Très souvent, ils ont acquis une expérience internationale dans les cliniques les plus réputées de la planète (Grande-Bretagne, Pays-Bas, France, Etats-Unis) et créent des chaires autonomes à l'intérieur du service de chirurgie. Le Dr Zander est ainsi nommé professeur en 1964 et le Dr Mosimann en 1966.

³⁶³ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 1957.

³⁶⁴ Olivier Robert et Franceso Panese, *Dictionnaire...*, op. cit., pp. 1127-1128.

³⁶⁵ *Installation de MM. Les professeurs ordinaires H. Badoux, Ch. Jéquier, P. Collart, D. Bonnard, G. Vincent, F. Saegesser*, Lausanne, Payot, 1960, p. 54.

Saegesser est soutenu dans ses démarches par le Fonds national de la recherche scientifique³⁶⁶ qui lui accorde en 1958 une somme de 70'000 francs pour l'installation d'un centre de chirurgie expérimentale. Une active collaboration internationale se met en place, entre autres avec le prof. Bromm de l'Université de Leyden (1959), chez qui Saegesser a fait un séjour au milieu des années 1940, pour « les opérations de chirurgie expérimentales et en particulier pour la préparation de toute une série d'opérations à cœur ouvert. »³⁶⁷ Les relations sont en revanche plus difficiles avec les « chers collègues » de la Faculté, probablement craintifs que la forte croissance du Service de chirurgie ne se fasse à leur détriment. Alors que le Conseil de Faculté lui refuse en 1959 le titre de médecin-adjoint pour le Dr Francioli, Saegesser explique qu'il « aimerait choisir lui-même ses collaborateurs. Il estime anormal que la Faculté s'immisce dans les affaires d'un chef de service. »³⁶⁸ Le travail en équipe et l'autonomisation de certaines parties de la chirurgie ne sont toutefois pas le seul fait d'une volonté organisationnelle du chef de service et de ses disciples. Ils sont aussi rendus possibles par la forte croissance des hospitalisations en chirurgie. Entre 1957 et 1960, on dénombre en effet près de 4'000 hospitalisations annuelles dans ce seul service, soit plus de 28% de l'ensemble des malades de l'Hôpital cantonal³⁶⁹. Le Service de chirurgie est profondément restructuré dans les années 1969-1974 afin de donner une large autonomie aux diverses spécialités désormais reconnues. Jeune retraité, le prof. Saegesser déclare que « dans une chirurgie libre, efficace, en plein développement, aucune hiérarchie [...] n'est possible. C'est un esprit d'entente qu'il faut créer. »³⁷⁰

³⁶⁶ Bien que fondé en 1952, le Fonds national n'accorde semble-t-il pas de fonds importants au Service de chirurgie de la Faculté de médecine de Lausanne avant 1958. Sur le Fonds national et la création d'une politique fédérale de recherche, voir Antoine Fleury et Frédéric Joye, op. cit.

³⁶⁷ CRCE, Département de l'Intérieur, 1959, p. 51.

³⁶⁸ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 6 juin 1959.

³⁶⁹ Le nombre d'hospitalisations du Service de chirurgie est malheureusement inconnu pour les années 1902-1956. La moyenne pour les années 1957-1960 se situe exactement à 4'060 hospitalisations. Source : CRCE, Département de l'Intérieur. Le nombre total de malades hospitalisés à l'Hôpital cantonal est de 11'716 en 1940 et de 14'389 en 1960.

³⁷⁰ Frédéric Saegesser, « L'avenir de la chirurgie tel que je le vois », in *Société suisse de chirurgie, 1963-1988*, Bâle, Schwabe & Co, 1990, p. 81.

Conclusion

Le développement du système technique médical, qui se caractérise par de nouvelles méthodes de travail, mises au point par César Roux (modèle allemand) puis par Pierre Decker et Frédéric Saegesser (modèle américain) et s'apparentant à une industrialisation de la médecine hospitalière (double mouvement de mécanisation et de concentration) puis à une division du travail, a une incidence déterminante sur la croissance, l'organisation et la gestion des établissements hospitaliers. La nouvelle chirurgie, qui ne se confine pas à la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal, implique en effet la transformation profonde des moyens de production que sont les hôpitaux. La transformation du système technique médical implique celle du système hospitalier.

En effet, les innovations chirurgicales ne sont pas adoptées de manière automatique dans les divers établissements du canton. Leur mise en œuvre implique une profonde restructuration des méthodes gestionnaires, dont le but est notamment le contrôle des dépenses, la hausse des ressources et l'adoption d'une organisation rationalisée. A l'image de ce qui se passe dans le secteur industriel, les chirurgiens-modernisateurs travaillent en profonde collaboration avec la "direction commerciale" des hôpitaux, qui tend aussi à se professionnaliser dans l'entre-deux-guerres, avec l'apparition et la multiplication des postes d'économes, de caissiers, de secrétaires, etc. La transformation du système hospitalier n'est ainsi pas un phénomène naturel découlant des découvertes de la science médicale. Leur application à large échelle nécessite un profond réaménagement structurel et gestionnaire qui prend une forme particulière selon le type d'établissement. Les deux parties suivantes de ce travail s'attachent à montrer comment les diverses réorganisations rendent possible et accompagnent le développement de la médecine hospitalière, dans le cas de l'Hôpital cantonal de Lausanne puis des hôpitaux philanthropiques privés.

Chapitre 2

L'Hôpital cantonal de Lausanne : aspects gestionnaires et organisationnels

Introduction

L'Hôpital cantonal de Lausanne est au cœur du système hospitalier vaudois. La place particulière qu'il y occupe par rapport aux autres établissements de soins (hôpitaux régionaux, hôpitaux spécialisés, cliniques privées) s'explique par ses fonctions, sa taille et son statut juridique. Tout d'abord, il faut rappeler que l'Hôpital cantonal n'a pas pour unique but de prendre en charge et de soigner des malades, comme cela est le cas dans la majeure partie des autres hôpitaux du canton. En effet, il s'agit aussi, et surtout, d'un centre universitaire, rattaché à une Faculté de médecine, dans lequel s'effectuent des activités d'enseignement et de recherche. L'exemple de la chirurgie abordé dans le chapitre précédent est à cet égard hautement révélateur du rôle formateur de l'Hôpital. Parce qu'il est le principal lieu d'études des médecins du canton, dans lequel ceux-ci se construisent leurs connaissances médicales, l'Hôpital cantonal entretient des relations particulières avec les autres établissements du système hospitalier : il existe un net lien de dépendance des seconds envers le premier concernant le savoir-faire médical.

Ensuite, l'Hôpital cantonal occupe une place dominante de par sa taille. Il représente depuis la fin du 19^e siècle environ la moitié de la capacité d'accueil du système hospitalier, une proportion qui reste grossièrement la même au cours du 20^e siècle. Bien que la nécessité

légale de disposer d'un établissement médical à destination de l'ensemble de la population indigente soit un facteur explicatif de cette envergure, il semble bien que le caractère universitaire de l'institution en soit la cause principale. En effet, l'Hôpital accueille les cliniques de la Faculté de médecine et se doit de présenter une offre minimale de services hospitaliers et de disposer d'une masse critique de malades. De plus, les divers professeurs à la tête d'un service clinique en font un outil personnel de travail, tant au niveau de l'hospitalisation de leur clientèle privée que de leurs activités de recherche, deux facteurs qui accentuent fortement la tendance à la croissance de l'établissement. Il faut aussi tenir compte de la croissance démographique et de l'urbanisation du canton, qui font passer la population de la ville de Lausanne de 29'356 habitants en 1880 à 126'328 en 1960¹. Les autorités cantonales doivent donc faire face à une pression démographique constante et mettre à disposition de la population une infrastructure hospitalière en permanent développement.

Enfin, l'Hôpital cantonal est le seul établissement public du système hospitalier vaudois. Il appartient à l'Etat de Vaud et est rattaché à l'administration cantonale, alors que tous les autres hôpitaux du système sont des institutions privées. Cela ne signifie pas pour autant que les ressources financières de l'établissement sont illimitées. Bien au contraire, les périodes de relative aisance (1870-1914 et 1945-1960) et celles de crise (1914-1945) se succèdent et influent sur le développement de l'Hôpital. La question des revenus hospitaliers n'est pourtant pas uniquement dépendante de l'état des finances publiques. Afin de mieux maîtriser le développement de son institution, la direction administrative de l'Hôpital cherche en effet constamment à autonomiser ses sources de revenus.

Etablissement universitaire public de grande taille, l'Hôpital cantonal de Lausanne est ainsi le lieu principal dans lequel se réalise l'industrialisation de la médecine hospitalière dans le canton de Vaud, comme l'exemple de la chirurgie l'a montré, avant que ce nouveau système technique ne se diffuse dans les autres établissements du canton. Or, cette modernisation de l'infrastructure implique l'existence d'un cadre gestionnaire particulier et de moyens financiers en suffisance. Les diverses innovations et la mutation du système technique médical mises en œuvre par les chirurgiens ne suffisent en effet pas à transformer par elles-mêmes le système hospitalier. Comme ailleurs dans le monde occidental, ainsi que l'ont mis en lumière plusieurs historiens anglo-saxons², l'industrialisation de la médecine hospitalière

¹ Chiffres tirés de l'*Annuaire statistique du canton de Vaud – 1985*, Lausanne, Service cantonal de recherche et d'information statistiques, 1985, 448 p.

² Voir introduction, pp. 8-12.

repose sur de nouvelles conceptions du management hospitalier. Les administrateurs d'hôpitaux doivent se donner les moyens financiers d'un tel redéploiement et permettre la réalisation de nouveaux équipements nécessaires à une médecine industrialisée. Dans le cas de l'Hôpital cantonal de Lausanne, la nouvelle gestion hospitalière prend la forme d'une modernisation des organes dirigeants, d'une quête de l'autonomie financière, d'une logique marketing et de soucis organisationnels, autant d'éléments nouveaux qui émergent à la Belle Epoque et s'affirment durant l'entre-deux-guerres. Les administrateurs d'hôpitaux s'affirment ainsi comme des acteurs essentiels, aux côtés des chirurgiens-modernisateurs, de la construction du système hospitalier.

1. L'Hôpital cantonal avant les nouveaux bâtiments de 1883

Malgré le changement de propriétaire, il n'y a pas de rupture brusque entre l'Hôpital de la ville de Lausanne, reconstruit dans les années 1770, et l'Hospice cantonal qui prend sa place en 1806. La transformation de cet établissement se fait par étapes, avec une intervention grandissante de l'administration cantonale, qui mène à la construction de nouveaux bâtiments hospitaliers au début des années 1880.

Un hôpital qui se focalise sur les malades (1806-1870)

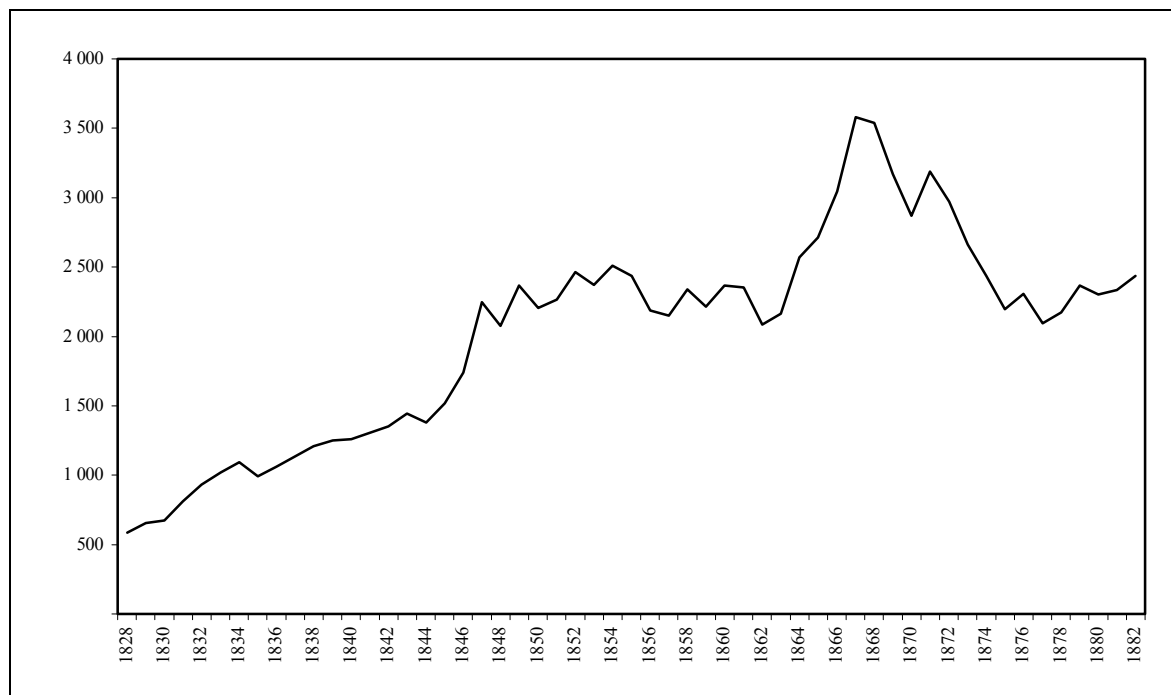
La première partie du 19^e siècle voit un recentrage de l'Hospice cantonal sur les malades curables. Lorsque l'Etat rachète cet établissement à la ville de Lausanne (1806)³, il accueille en effet une population indigente très disparate, faite de malades, de vieillards, d'aliénés, de détenus, d'enfants abandonnés, de prostituées, etc. C'est un établissement social multifonctionnel comme on en rencontre ailleurs sous l'Ancien Régime. Les aliénés sont les premiers à quitter l'Hôpital pour un établissement qui leur est destiné (1811). Ils sont suivis par les détenus (1826), la discipline des garçons (1846) et celle des filles (1869)⁴.

³ Vincent Barras et Cécile Lacharme, « L'Hospice cantonal », in *Vaud sous l'Acte de Médiation, 1803-1813 : la naissance d'un canton confédéré*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 2002, pp. 176-181.

⁴ Ce mouvement de spécialisation des prises en charge n'est pas propre au canton de Vaud mais est commun à l'ensemble de l'Europe occidentale. Voir Geneviève Heller, « Les lieux de la maladie : quelques repères historiques », in Hermann-Michel Hagmann et Jean-Pierre Fragnière (éd.), *Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation*, Lausanne, Réalités sociales, 1997, pp. 15-25. A Genève, l'hétérogénéité de la population regroupée à la Discipline (annexe de l'Hôpital général multifonctionnel) s'estompe avec le départ des détenus suite à l'inauguration d'une prison (1825) et des aliénés avec l'ouverture d'un asile à Corsier (1832). Corinne Leuridan, *Dessine-moi une maison. Une réforme asilaire genevoise (1817-1838)*, Université de Genève, mémoire de licence, 1994, 143 p.

Ces départs successifs permettent d'élargir les types de prises en charge, « de donner plus de place aux malades et de créer des quartiers distincts, pour certaines maladies dégoûtantes, ou dangereuses, par leur caractère contagieux »⁵ comme la syphilis dont les prostituées atteintes par cette maladie sont enfermées à l'Hôpital, au moins dès la fin des années 1840. De plus, l'Hôpital s'ouvre vers l'hospitalisation gratuite des non Vaudois d'origine, avec la signature en 1849 d'un concordat avec le canton de Berne, dont les ressortissants sont nombreux dans le canton⁶. Ils représentent d'ailleurs près de 7% des malades hospitalisés en 1847-1848⁷. Des conventions similaires sont signées avec plusieurs Etats étrangers dès le milieu des années 1850 (Belgique 1855, Italie 1856, Autriche 1859, Prusse 1862, Bavière 1862, etc.), afin de garantir une hospitalisation gratuite réciproque pour leurs divers ressortissants. La première partie du 19^e siècle est donc une période de recentrage et d'ouverture : l'Hôpital devient un établissement pour malades somatiques curables, quelle que soit leur origine, et entre ainsi dans une dynamique de la croissance des hospitalisations que confirme l'analyse statistique.

Graph. 3 Nombre de malades hospitalisés à l'Hôpital cantonal de Lausanne, 1828-1882⁸



⁵ CRCE, Département de l'Intérieur, 1845.

⁶ En 1866, on dénombrait près de 14'000 Bernois dans le canton de Vaud. BGC, intervention du député Demiéville, 1866.

⁷ ACV, K VIII A 42/1, protocole des Hospices, 1849.

⁸ CRCE, Département de l'Intérieur, 1828-1882.

L'Hôpital atteint sa capacité d'accueil maximale à la fin des années 1840. Alors que la croissance annuelle moyenne des hospitalisations est de 6.9% pour la période 1828-1847 (on passe de 588 malades à 2'245), on connaît une certaine stagnation pour la période 1848-1882, si l'on ne tient pas compte des années exceptionnelles 1865-1873. On a en effet un nombre moyen d'hospitalisations annuelles qui se monte à 2'298 malades⁹, soit le niveau atteint en 1847. Quant à la durée de séjour moyen, elle présente les mêmes caractéristiques. Fortement en baisse entre 1836 et 1849¹⁰, elle chute entre ces deux dates de 36.9 à 24.9 jours (soit une baisse de 32.5%). Pour la période 1849-1882, la durée de séjour oscille entre 20 et 25 jours (moyenne annuelle de 22.4 jours), si l'on ne tient pas compte des années 1865-1873.

L'augmentation brutale du nombre de malades admis dans la seconde partie des années 1860 s'explique par l'hospitalisation importante de malades atteints de la gale durant cette période. Pour la décennie 1863-1872, on atteint un nombre moyen de 1'236 galeux par an, soit 41.4% du total des malades. Après 1872, leur nombre diminue (987 cas en 1873 ; 673 en 1874 ; 583 en 1875) et se stabilise aux alentours de 600 à la fin des années 1870. Cette forte présence de galeux a une incidence directe sur la durée moyenne de séjour car ces malades nécessitent des soins très courts et leur hospitalisation ne dure généralement pas plus de deux ou trois jours. Pendant les années 1865-1873, le séjour moyen est en effet de 15.0 jours¹¹.

L'Hôpital, un service de l'administration cantonale

L'Hôpital cantonal vaudois n'est pas organisé comme d'autres établissements similaires, ailleurs en Suisse (Genève, Fribourg, etc.) ou à l'étranger, où les hôpitaux publics sont généralement administrés par des commissions administratives ad hoc. Dans le cas de l'Hôpital cantonal vaudois, on a affaire à une organisation unique en son genre : il n'est pas administré de manière autonome par une commission particulière mais est intégré, dès son rachat à la ville en 1806, à un service de l'administration publique avec d'autres institutions (Service des Secours publics). De nombreux acteurs interviennent donc directement dans la gestion et l'administration de l'établissement.

Tout d'abord, il y a le Conseil d'Etat, qui se situe au sommet de la hiérarchie. Le chef du Département de l'Intérieur intervient personnellement à de multiples reprises, entre autre dans les questions des nominations des employés ou d'extension de certains services. Depuis 1845, l'Hôpital cantonal est un haut-lieu du clientélisme radical. Le Dr Rouge rappelle par exemple

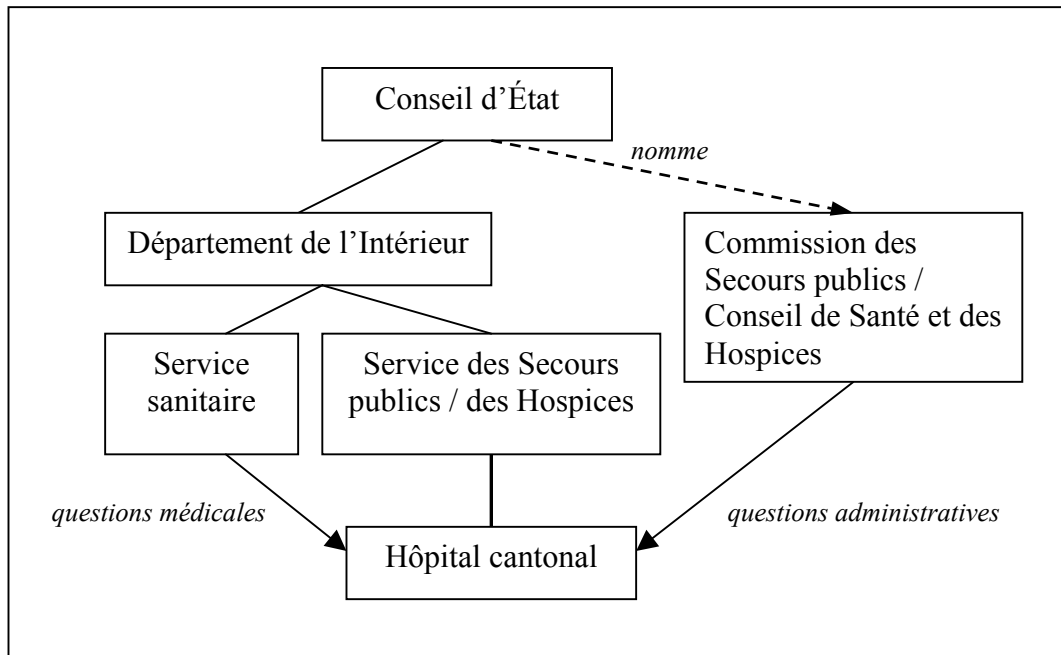
⁹ Moyenne des années 1848-1864 et 1875-1882.

¹⁰ On n'a pas les chiffres avant 1836.

¹¹ CRCE, Département de l'Intérieur, diverses années.

en 1873 que « le Conseil d'Etat fait toutes les nominations, jusqu'aux filles de cuisine. »¹² L'Hôpital devient dans les années 1890-1900 une filière importante des carrières dans l'administration cantonale¹³. Dans le suivi quotidien de la gestion hospitalière, l'Etat est présent au travers de plusieurs autres acteurs administratifs.

Fig. 7 Autorités administratives de l'Hôpital cantonal vaudois



Il y a tout d'abord deux services du Département de l'Intérieur qui interviennent à des niveaux différents. Le Service sanitaire s'occupe des questions de santé publique et d'exercice de la médecine. Il est ainsi l'interlocuteur privilégié pour les questions d'organisation du service médical à l'intérieur de l'Hôpital. Quant au Service des Secours publics¹⁴, il prend en charge les questions financières et organisationnelles relatives à l'Hôpital qui lui est officiellement rattaché. Enfin, la Commission des Secours publics – appelée Conseil de Santé et des Hospices depuis 1885 – assure, parmi d'autres nombreuses fonctions, le rôle de commission administrative de l'Hôpital cantonal, même si elle ne siège jamais en tant que telle. Lors de chaque séance, les affaires concernant l'Hôpital cantonal sont ainsi abordées parmi d'autres sujets d'actualité (prise en charge des aliénés, des vieillards, des tuberculeux, etc.), dans un contexte qui reste très généraliste. Cette commission assure essentiellement un

¹² Louis Rouge, « Etude sur l'assistance des malades et sur les hôpitaux », in *RMSR*, 1873, p. 213.

¹³ Voir pp. 138-139.

¹⁴ On parle aussi de Bureau des Secours publics pour le 19^e siècle, ainsi que de Service ou Bureau des Hospices. Cette seconde appellation devient celle officiellement employée au cours des années 1930.

rôle de contrôle et n'intervient que très peu en l'absence de problèmes à résoudre. Elle est même suspendue dans les années 1862-1875 et provisoirement remplacée par des fonctionnaires du Service des Secours publics. Dès 1885, c'est le Conseil de Santé qui joue le rôle de commission administrative de l'Hôpital¹⁵, à côté des attributions classiques de surveillance de la pratique de la médecine. Enfin, d'autres acteurs officiels interviennent plus sporadiquement dans la gestion de l'établissement, comme le Département de l'Instruction publique pour les questions d'enseignement universitaire¹⁶ ou le Grand Conseil pour divers points de détail abordés dans des interpellations ou des motions¹⁷.

Le morcellement de l'autorité de gestion et de contrôle de l'Hôpital cantonal joue en faveur d'une large autonomie de l'établissement – essentiellement dès les années 1870 – et d'un réel pouvoir de décision de la part de sa direction, ceci d'autant plus que le poste de directeur est remis dans les années 1870 entre les mains de notables radicaux qui en font une étape importante des carrières politico-administratives à la tête de l'Etat. Cependant, cette structure organisationnelle s'avère défavorable à l'indépendance financière de l'Hôpital. La fortune de ce dernier, de même que l'essentiel des dons qu'il reçoit, sont thésaurisés en un fonds des Hospices qui permet une partie du financement des institutions regroupées dans ce service (placement des aliénés, des vieillards, bains de Lavey, etc.), le solde étant à la charge du budget de l'Etat. L'Hôpital cantonal n'a donc pas la maîtrise d'une importante partie de ses revenus. Si cette lacune n'est pas ressentie comme particulièrement pesante dans la première moitié du 19^e siècle, cela ne sera pas le cas lorsqu'il s'agira de financer les innovations médicales de la fin du siècle. La direction de l'Hôpital cantonal cherchera alors à diversifier ses revenus.

Le Service et la commission des secours publics sont relativement présents dans les années 1850 et 1860. Leurs interventions se limitent toutefois à l'acceptation des femmes en couches

¹⁵ Le Conseil de Santé existe depuis les années 1800. Il dépend du Département de l'Intérieur et est rattaché à la Commission des Secours publics en 1885. Voir Albert Chauvie, *Le Conseil de Santé du canton de Vaud*, Lausanne, Service de la Santé publique, 1990, 46 p.

¹⁶ Après 1890, les médecins chefs de service de l'Hôpital cantonal sont généralement professeurs à la Faculté de médecine. Lorsqu'un service hospitalier – et donc une chaire universitaire – est à repourvoir, la nomination se fait en accord entre les Départements de l'Instruction publique et de l'Intérieur. Les archives ne laissent apparaître aucun conflit ni désaccord entre ces deux autorités dans le cas de nominations.

¹⁷ Le manque de clarté qui caractérise l'organisation de l'Hôpital cantonal et sa place dans le Département de l'Intérieur n'est pas un cas unique. On retrouve exactement le même type de rapports entre l'Université et le Département de l'Instruction publique et des Cultes. François Wisard affirme à ce propos que « l'université vaudoise était immergée dans un environnement politique radical, peu enclin à définir officiellement les rapports qu'il entretenait avec elle et que son pragmatisme empêchait de formuler clairement les priorités qu'il lui accordait. » François Wisard, *L'université vaudoise d'une guerre à l'autre. Politique, finances, refuge*, Lausanne, Payot, 1998, p. 16.

et des non Vaudois, au contrôle des durées de séjour¹⁸ et aux questions relatives à la gestion du personnel (discipline, renvois, vacances, engagements, etc.). Avec l'existence d'une commission des secours publics aux attributions élargies, il n'y a qu'un économe sans grand pouvoir à la tête du service administratif de l'Hôpital. Il s'occupe essentiellement de la tenue des livres de comptes et du maintien de l'ordre dans l'établissement. Il n'a aucun pouvoir sur le personnel de l'établissement et est aux ordres de la commission. Le premier titre officiel qu'il porte est celui d'*inspecteur* de l'Hôpital. On parle aussi dans les années 1850 d'*économe* ou de *directeur*. Le poste d'économe est remis entre les mains de sympathisants radicaux lors de la grande épuration des organes de l'Etat qui suit la révolution de 1845 : le conseiller d'Etat Delarageaz fait alors nommer son ami François Stoudmann, tuilier de formation¹⁹.

Les effets négatifs du peu d'étendue du pouvoir de l'économe, en terme de gestion et d'organisation, sont mis en avant à plusieurs reprises au cours des années 1860. L'ancien conseiller d'Etat Blanchenay déclare en 1863 que « Messieurs les docteurs, afin d'être débarrassés de tout contrôle, demandèrent que ce directeur fût remplacé par un économe, et malheureusement on le leur accorda. [...] Aujourd'hui, ce fonctionnaire ne remplit plus que la fonction très subalterne de maître d'hôtel. »²⁰ Le conseiller d'Etat Ruffy plaide aussi en faveur d'un renforcement du pouvoir de l'économe et d'une hausse salariale, arguant qu'il est « la cheville ouvrière, le pivot sur lequel roule toute l'administration de l'hôpital, dont il tient les écritures et est responsable. »²¹ Il faut pourtant attendre la nomination de Samuel Cuénoud en 1876 pour assister à l'arrivée d'un directeur au pouvoir élargi.

La crise des années 1870 et la réalisation du nouvel hôpital de 1883

L'Hôpital cantonal connaît dans les années 1870 une crise de croissance. C'est un établissement qui a recentré ses préoccupations sur les seuls malades mais qui ne dispose pas des moyens de répondre à cette nouvelle fonction : comment en effet hospitaliser et guérir les malades d'un canton en croissance démographique dans un établissement datant des années 1760 et destiné à l'origine à accueillir la population pauvre flottante du canton (vieillards et malades sans famille, détenus, enfants abandonnés, etc.) ? Il faut finalement compter avec l'intervention volontariste de l'Etat radical au début des années 1870. La décision de construire un nouvel Hôpital en 1874 et la nomination de Samuel Cuénoud au poste de

¹⁸ L'économe informe la commission des malades hospitalisés depuis plus de trois mois. Cette dernière statue ensuite sur leur sort.

¹⁹ P.-A. Bovard, *Le gouvernement vaudois de 1803 à 1962. Récit et portraits*, Morges, Ed. du Peyrollaz, 1982, p. 111.

²⁰ BGC, 27 novembre 1863. Blanchenay est alors député au Grand Conseil.

directeur en 1876 sont révélatrices de l'importance qu'a acquise l'Hôpital cantonal aux yeux des élites modernisatrices radicales.

L'Hôpital de la Mercerie est surchargé

Les statistiques d'hospitalisation des malades montrent que l'Hôpital a atteint sa capacité d'accueil maximale à la fin des années 1840 (voir graph. 3, p. 124). Il faut encore attendre une quinzaine d'année pour assister à une prise de conscience de la part des autorités politiques. Le Grand Conseil nomme en 1866 une commission chargée de réfléchir à la question de la nécessité d'un nouvel Hôpital. Dans un premier temps, cette dernière recommande diverses transformations qui permettent d'améliorer l'environnement technique (cuisines, escaliers, latrines, etc.)²². Cette politique ne permet pourtant pas de faire face aux demandes croissantes d'hospitalisation.

La construction d'un nouvel établissement pour aliénés à Cery pose la question de l'affectation des anciens bâtiments du Champ-de-l'Air, que le Conseil d'Etat aimerait utiliser comme dépendance – provisoire – de l'Hôpital cantonal (1872)²³. Malgré l'opposition de plusieurs députés qui demandent la construction d'un nouvel hôpital, cette solution reçoit l'appui de plusieurs médecins directement impliqués dans la médecine hospitalière (François Recordon, chef du Service sanitaire ; Edouard de Cérenville, chef du Service de médecine de l'Hôpital ; Louis Rouge, chef du Service de chirurgie de l'Hôpital), qui y voient l'occasion de tester le modèle pavillonnaire, et du Grand Conseil, qui décrète le déplacement d'une partie du Service de chirurgie dans ces anciens bâtiments²⁴, dans l'attente de l'ouverture d'un nouvel Hôpital dont le Conseil d'Etat demande la construction en 1874. Avant que ce nouvel établissement ne soit disponible, d'autres aménagements annexes sont mis en place, tels que le lazaret de Montmeillan pour enfants teigneux et femmes en couches (1872-1884), des pavillons d'isolement (1875) et l'installation d'une petite infirmerie dans l'asile Boissonet pour convalescents (1876-1881)²⁵. Enfin, l'Etat décide pour des raisons similaires de soutenir financièrement les malades admis dans les infirmeries locales dès 1875²⁶.

²¹ BGC, 25 novembre 1863.

²² CRCE, Département de l'Intérieur, 1866.

²³ Sur la conception et la réalisation de l'Asile psychiatrique de Cery, voir Catherine Fussinger et Deodatt Tevaearai, *Lieux de folie, monuments de raison. Architecture et psychiatrie en Suisse romande, 1830-1930*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 1998, pp. 59-67.

²⁴ BGC, 10 février 1872.

²⁵ Cet asile accueille sporadiquement des convalescents de l'Hôpital cantonal, lorsque ce dernier est plein.

²⁶ Sur la politique de soutien aux infirmeries locales, voir chapitre 4.

L'Hôpital du Calvaire (1883) : l'importation du modèle allemand

Les nouveaux bâtiments hospitaliers construits par l'architecte de l'Etat Henri Assinare²⁷ en 1882-1883 sur les hauts de Lausanne répondent à une logique qui se veut aussi bien hygiéniste et touristique que chirurgicale. En premier lieu, ce prestigieux établissement est construit selon une conception hôtelière chère aux élites radicales lausannoises de la fin du 19^e siècle, dans laquelle se rejoignent soucis climatiques (ensoleillement, air pur, etc.), préoccupations médicales et beauté du site²⁸. Le nouvel Hôpital est aussi un élément d'orgueil pour les édiles lausannoises, à l'image du Dr Marc Dufour qui affirme en 1882 que « c'est toujours avec une certaine fierté que je passe à côté du bâtiment maintenant achevé. [...] Lorsque le nouvel hôpital sera occupé, nous posséderons un bâtiment qui, au point de vue de l'emplacement, sera un des hôpitaux les mieux placés et les plus favorablement situés qu'il y ait à l'heure qu'il est en Europe. »²⁹ Evoquant l'emplacement du futur hôpital, le Dr Dupont avait déjà écrit en 1876 qu'il était « dans une situation qui, au point de vue hygiénique, ne saurait être dépassé. L'air y circule sans rencontrer d'obstacle, aucun rayon de soleil n'est perdu, et l'on y jouit d'une vue splendide. »³⁰ Cette quête de l'air pur et de l'ensoleillement joue d'ailleurs pleinement en faveur de l'adoption de certains principes du modèle pavillonnaire, plus favorable à la circulation de l'air entre des bâtiments isolés les uns des autres. Le modèle de l'hôpital monumental est alors de plus en plus rejeté car il favorise la présence de grandes zones d'ombre et d'humidité, et empêche une circulation optimale de l'air dans l'espace hospitalier, autant d'éléments que les médecins hygiénistes du milieu du 19^e siècle cherchent à éviter³¹. Le Dr Louis Rouge fait d'ailleurs paraître en 1873 un long article dans la *Revue médicale de la Suisse romande* dans lequel il condamne les hôpitaux monumentaux et plaide en faveur du modèle pavillonnaire pour des raisons de salubrité³². La même année, le Conseil de Santé mandate le Dr Recordon et l'architecte Assinare pour un

²⁷ Henri Assinare (1826-1899) : architecte formé à Genève et établi à Lausanne. Inspecteur des bâtiments de l'Etat (1870-1891), il construit la caserne de la Pontaise (1882) et l'Hôpital cantonal (1883) et occupe le poste de suppléant (1872) puis de remplaçant (1879) de Viollet-le-Duc pour la restauration de la cathédrale de Lausanne. *DHBS*, vol. 1, p. 441.

²⁸ Les élites radicales qui promeuvent le tourisme et l'industrie des étrangers à Lausanne sont très sensibles aux questions d'hygiène et d'aérisme. Le développement du tourisme est en effet fortement lié à une quête du "bon air des Alpes" et des valeurs rousseauistes de pureté et de vivification liées à l'air des montagnes, à l'ensoleillement et à un certain mode de vie non urbanisé. La question de la distribution des eaux à Lausanne est ainsi l'occasion d'un conflit avec les élites libérales industrialisantes (autour de la tannerie et des imprimeries), favorables à l'utilisation de l'eau du lac, alors que les radicaux sont en faveur de l'utilisation d'une eau uniquement de source. Dominique Dirlewanger, *Les services industriels de Lausanne. La révolution industrielle d'une ville tertiaire (1896-1901)*, Lausanne, Antipodes, 1998, principalement pp. 53-92.

²⁹ BGC, 20 janvier 1882.

³⁰ Dupont, « Le service de chirurgie... », op. cit., p. 254.

³¹ Sur la question de l'hygiénisme et de l'aérisme, voir la synthèse d'Alain Corbin, *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social, XVIIIe-XIXe siècles*, Paris, Flammarion, 1986, 336 p.

voyage d'études en Allemagne. Il leur est notamment demandé de visiter la ville de Leipzig³³, où s'est ouvert en 1871 l'un des premiers hôpitaux allemands conçu selon le modèle pavillonnaire. Le Leipziger Krankenhaus St. Jacob, qui a bénéficié de l'expertise de Rudolf Virchow, devient en effet un modèle important pour la reconstruction de nombreux hôpitaux de l'espace germanique³⁴. Les experts allemands rencontrés par Recordon et Assinare durant leur voyage recommandent l'adoption d'un modèle à mi-chemin entre l'hôpital-bloc et l'hôpital pavillonnaire, soit la construction d'un bâtiment central flanqué de quelques pavillons³⁵. La commission du Grand Conseil chargée de ce projet écrit en 1875 que « le concours de MM. les experts a été très précieux, car outre plusieurs conseils de détail dont il a été tenu compte, ces hommes éminents, en approuvant le système qui a servi de base au projet de notre commission, ont confirmé le Conseil d'Etat dans l'idée que le plan que nous avons l'honneur de soumettre au Grand Conseil, répond à toutes les exigences modernes des établissements hospitaliers. »³⁶ L'Hôpital cantonal de Lausanne est ainsi construit sur le modèle de celui visité à Leipzig.

Quant à l'organisation de l'infrastructure médicale, elle correspond tout à fait à l'affirmation d'une nouvelle médecine hospitalière fondée sur la chirurgie. Ici aussi, l'influence allemande est patente. Le bâtiment central comprend en abside une rotonde vitrée abritant la salle d'opérations. Cette excroissance du bâtiment principal, exposée au sud, offre ainsi des conditions de luminosité optimales, favorables au travail chirurgical. Ces rotondes, présentes dans de nombreux établissements hospitaliers de la Belle Epoque, disparaissent au cours de l'entre-deux-guerres, avec l'arrivée de l'éclairage artificiel. En accordant à la salle d'opérations la place centrale traditionnellement dévolue à la chapelle³⁷, les concepteurs de l'Hôpital en font le temple d'une nouvelle médecine triomphaliste.

Le caractère moderniste de l'Hôpital de 1883 est aussi perceptible du fait que l'électricité y est introduite dès son ouverture, époque des débuts de sa diffusion en ville de Lausanne :

³² Louis Rouge, op. cit.

³³ ACV, K VIII B 18.

³⁴ Voir Axel Hinrich Murken, « Das deutsche Baracken- und Pavillon-Krankenhaus von 1866 bis 1906 », in *Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1976, pp. 72-104.

³⁵ BGC, 1875.

³⁶ ACV, K XIII 35, projet de décret concernant la construction du nouvel Hôpital, 21 janvier 1875. Ni les archives du Département de l'Intérieur, ni celles des Travaux publics ne contiennent des documents plus détaillés concernant cette construction. De même, les plans de l'Hôpital n'ont pas été conservés.

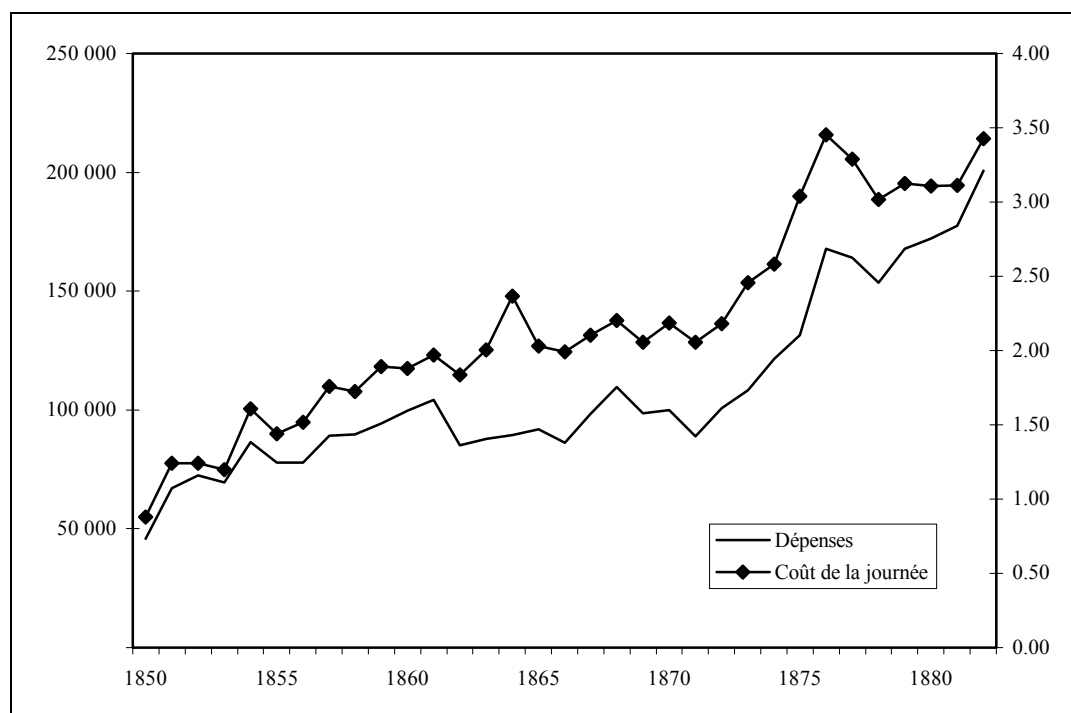
³⁷ Jean Imbert, « L'évolution de l'architecture hospitalière : pitié, salubrité, bien-être », in *Bulletin de la Société française d'histoire des hôpitaux*, 1984, n°49, pp. 25-38.

l'Hôpital joue alors le rôle de promoteur de cette nouvelle industrie dans la cité³⁸. Elle permet notamment la mise en service d'ascenseurs en 1885 et l'installation de lumière électrique en 1893, autant d'innovations techniques qui soutiennent l'industrialisation de la médecine hospitalière³⁹.

Le financement de l'Hôpital cantonal (1850-1883)

La crise des années 1870 n'est pas uniquement immobilière mais aussi financière. Jusqu'au début des années 1870, les besoins financiers de l'Hôpital sont extrêmement stables : une centaine de milliers de francs suffit à faire fonctionner l'établissement. Vers 1872, les dépenses entrent dans une tendance à la forte hausse : elles dépassent 150'000 francs en 1876 et 200'000 francs en 1882. Or, cette augmentation ne reflète pas seulement le développement quantitatif de l'établissement.

Graph. 4 Dépenses d'exploitation de l'Hôpital cantonal et coût moyen de la journée d'hospitalisation, en francs courants, 1850-1882⁴⁰



³⁸ Voir Dominique Dirlwanger, *Les services industriels...*, op. cit., pp. 94-98. Dans les régions industrielles, ce sont souvent les entreprises privées qui jouent le rôle de promoteur de l'énergie électrique à l'échelle locale.

³⁹ La lumière artificielle est une innovation technique qui participe à l'amélioration de l'infrastructure de travail pour les chirurgiens en raison de son intensité constante. Les grands hôpitaux urbains apparaissent ainsi souvent parmi les promoteurs de la lumière électrique, comme c'est le cas à New York et Philadelphie. Joel Howell, op. cit., p. 58.

⁴⁰ CRCE, Département de l'Intérieur, 1850-1882.

L'augmentation du coût de la prise en charge des malades, dont le nombre est relativement stable, explique en effet très largement cette croissance des dépenses d'exploitation. Le coût moyen de la journée d'hospitalisation présente une évolution très similaire à celle des dépenses d'exploitation, qui se caractérisent toutes deux par une accélération de la hausse au cours des années 1870. Le coût de la journée passe de moins de 0.88 franc en 1850 à 1.88 franc en 1860, 2.18 francs en 1870 et 3.11 francs en 1880. Quant au coût moyen par malade, il est aussi stable entre 1850 et 1870 (moyenne de 34.4 francs par malade) et s'envole dans les années 1870 : 59.8 francs en 1875 et 74.7 francs en 1880. Ces diverses hausses reflètent les changements de l'environnement hospitalier que révèle l'évolution de la structure des dépenses.

Tab. 12 Principales dépenses de l'Hôpital, en %, 1855-1880⁴¹

	1855	1860	1865	1870	1875	1880	Moyenne (1855-1880)
Salaires	15.0	12.0	15.5	14.7	13.9	15.0	14.2
Alimentation	48.8	36.1	34.6	34.0	29.9	37.7	37.3
Remèdes	12.8	14.5	15.5	15.2	16.6	24.8	16.7
Divers ⁴²	23.4	27.4	34.4	36.1	39.6	22.5	31.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

La structure des dépenses est très oscillante dans le temps. On observe, comme c'est généralement le cas dans les hôpitaux du milieu du 19^e siècle⁴³, la prédominance des dépenses d'alimentation qui englobent plus du tiers des dépenses hospitalières (37.3% en moyenne), ainsi qu'une masse salariale relativement faible (14.2%). L'évolution la plus notable dans le cas lausannois est la forte hausse des dépenses de remèdes au cours de la seconde partie des années 1870. Alors que sa valeur oscille aux alentours de 15% jusqu'en 1875, la part des remèdes augmente jusqu'à près d'un quart des dépenses en 1880. La cause déclarée de cette forte hausse est l'adoption de la méthode antiseptique vers 1875-1876 par le chef du Service de chirurgie, le Dr Emile Dupont, ce qui implique l'abandon de toiles réutilisables pour les pansements au profit de flanelle à usage unique⁴⁴. Elle est, au 19^e siècle, la première

⁴¹ CRCE, Département de l'Intérieur, 1855-1880.

⁴² Il s'agit essentiellement des dépenses d'entretien des bâtiments.

⁴³ A Porrentruy, les dépenses d'alimentation se montent à 54% des dépenses d'exploitation pour la période 1815-1870. Pierre-Yves Donzé, *L'hôpital bourgeois de Porrentruy*, Porrentruy, CEH, 2000, p. 73.

⁴⁴ Voir chapitre 1, p. 31-33.

innovation médicale à produire des effets sur la marche financière de l'établissement. Dupont doit d'ailleurs justifier cette forte hausse des dépenses auprès des autorités hospitalières⁴⁵.

Face à cette tendance générale à la hausse, les recettes propres de l'Hôpital (pensions de malades, revenus du patrimoine, etc.) restent extrêmement stationnaires et se montent à une moyenne de 10'690 francs par année. Elles couvrent entre 5 et 13% des dépenses selon la période. Cette faible proportion s'explique par deux facteurs. Tout d'abord, et ce phénomène n'est pas propre à Lausanne, la population hospitalisée est très largement indigente et ne peut supporter une augmentation des prix de pension. Les malades rentables – classes moyennes et supérieures – se font encore très largement soigner à domicile. Pendant la période 1850-1880, la part des journées gratuites s'élève à 90.1% du total des journées d'hospitalisation, sans évolution notable sur la durée⁴⁶. Mais aussi, et ceci est un facteur purement lausannois, l'insertion de l'Hôpital cantonal dans le Service des Secours publics joue un rôle négatif sur l'indépendance financière de l'établissement. L'essentiel de sa fortune – provenant de ses possessions d'Ancien Régime, essentiellement de la fortune de l'ancien hôpital de Villeneuve "nationalisé" dans les années 1800⁴⁷, et de dons – est capitalisé dans le fonds du Service des Secours publics, qui sert au développement et au fonctionnement de l'ensemble du service et non au seul Hôpital. Les établissements similaires à l'Hôpital cantonal de Lausanne d'autres cantons vivent essentiellement de leur autofinancement à pareille époque. L'Hôpital des Bourgeois de Fribourg prévoit un taux d'autofinancement de 88.4% dans son budget 1887, alors que l'Hôpital bourgeois de Porrentruy dépend à 83.0% des revenus de sa fortune pour les années 1815-1870. De même, l'Hôpital général de Genève connaît un repli sur l'autofinancement au cours des années 1820-1850⁴⁸. C'est donc bien la structure particulière du Service des Secours publics qui rend l'Hôpital cantonal de Lausanne si peu autonome financièrement en une période où l'autofinancement est la règle ailleurs. En outre, l'Hôpital cantonal vaudois dépend de plus en plus au cours du temps du Service des Secours publics, ainsi que le révèle l'évolution de son déficit par rapport à ses dépenses d'exploitation (tab. 13).

⁴⁵ Voir pp. 32-33.

⁴⁶ CRCE, Département de l'Intérieur, 1850-1880.

⁴⁷ Eugène Olivier, *Médecine et santé dans le Pays de Vaud. 2e partie: Au XVIIIe siècle: 1675-1798*, Lausanne, Payot, 1962, p. 793.

⁴⁸ Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., p. 47.

Tab. 13 Déficit par rapport aux dépenses d'exploitation, en %, 1856-1882⁴⁹

Période	1856-1860	1861-1865	1866-1870	1871-1875	1876-1880	1881-1882
Déficit	87.7	88.0	87.4	90.8	94.1	94.3

L'Hôpital cantonal se trouve donc dans une situation d'extrême dépendance financière envers l'Etat lorsque les premiers chirurgiens-modernisateurs font leur apparition (César Roux est nommé en 1887 au Service de chirurgie). Un tel mode de financement convient sans doute à des hôpitaux multifonctionnels à l'infrastructure minimaliste et peu évolutive. En revanche, la modernisation de l'équipement médico-technique et la croissance de l'établissement nécessitent de nouveaux types de ressources, mis en place dans les années 1890-1900.

Renforcement du pouvoir administratif : un directeur radical proche de Ruchonnet

Enfin, le milieu des années 1870 se caractérise par l'intervention de nouveaux réseaux radicaux dans le Département de l'Intérieur et le Service des Secours publics⁵⁰. Ce pouvoir politico-administratif fait aussi irruption dans l'Hôpital cantonal, dont la direction est renforcée à la même époque. Alors que jusque-là le directeur de l'Hôpital dépendait de la commission ou du Service des Secours publics, ce poste prend une nouvelle ampleur avec la nomination en 1876 d'un proche de Louis Ruchonnet à la tête de l'établissement : Samuel Cuénoud⁵¹. Quant à l'ancien directeur, Georges Neyret, il devient économe aux ordres de son successeur⁵². Cuénoud provient du monde des ingénieurs dont il apporte l'idéologie moderniste et rationalisante. Diplômé de l'Ecole spéciale de Lausanne – future Ecole polytechnique fédérale – il a enseigné les mathématiques au Collège de Lausanne (1857-1869) avant de devenir directeur de l'Ecole industrielle cantonale de Lausanne (1870-1874). Issu de la politique d'instruction publique de Ruchonnet, cet établissement est un pur produit du positivisme radical – tout comme la Faculté de médecine vingt ans plus tard – et vise à faciliter la formation d'ingénieurs⁵³. Inaugurée en 1869, cette école est placée sous la direction de Cuénoud, puis, à son départ en 1874 pour un poste de professeur de mathématiques à l'Académie, sous la direction successive de deux frères de César Roux, Louis (1874-1882) et Félix (1882-1898). De plus, Samuel Cuénoud est, au moment de sa

⁴⁹ CRCE, Département de l'Intérieur, 1856-1882.

⁵⁰ Voir chapitre 4.

⁵¹ Voir Erich Gruner (dir.), *L'Assemblée fédérale suisse, 1848-1920. Biographies*, Berne, Francke, 1966, pp. 795-796.

⁵² Annuaire officiel du canton de Vaud, 1876.

⁵³ Voir *L'Ecole industrielle de Lausanne. Notice historique*, Lausanne, Payot, 1902, 234 p.

nomination à la tête de l'Hôpital, membre du Conseil général de la Banque cantonale vaudoise et du comité de la Société industrielle et commerciale du canton de Vaud. Enfin, il est très engagé dans la Société vaudoise des secours mutuels, dont il assure la présidence depuis 1870. C'est donc un homme qui allie le rationalisme scientifique et la gestion de biens publics qui prend en main l'Hôpital cantonal en 1876. Bien que son séjour à la tête de cet établissement soit de courte durée (1876-1882), il est néanmoins déterminant car il se situe à un moment-charnière de la modernisation hospitalière. C'est en effet durant ces quelques années que se met en place et se décide l'organisation du nouvel Hôpital cantonal qui sera ouvert en 1883. Après son départ pour le poste de syndic de Lausanne (1882)⁵⁴, où il se fait remarquer par ses talents de réorganisateur de l'administration communale, Cuénoud n'abandonne pas pour autant les affaires hospitalières. En tant que député au Grand Conseil (1882-1905), il est un important relais politique et se voit nommer à plus de septante ans – remerciements pour services rendus ? – membre du Conseil de Santé et des Hospices (1909), où il succède à son ami Louis Roux⁵⁵.

Conclusion

L'Hôpital cantonal connaît une première phase de réorganisation au cours des années 1870. Il est l'objet d'une attention nourrie de la part de l'Etat, qui en fait l'un des piliers de la République radicale, avec la nomination d'un proche de Louis Ruchonnet en 1876. Investi par les élites modernisatrices radicales, l'Hôpital devient un instrument de modernisation de la société, au même titre que la Banque cantonale, les chemins de fer et les diverses écoles (Ecole industrielle, Université, etc.), qui sont au cœur de la vie politique cantonale durant la seconde moitié du 19^e siècle. Au niveau médical, ce mouvement se traduit par l'arrivée de chirurgiens formés à l'école allemande (Dupont en 1875 et Mercanton en 1883), qui apportent des innovations telles que la méthode listérienne. Enfin, les années 1870 sont un moment charnière au niveau financier. Les améliorations techniques des médecins, comme l'antisepsie, se heurtent en effet à la dépendance de l'Hôpital envers le budget de l'Etat, qui ne fait que s'accroître (plus de 90% dans les années 1870), laissant présupposer les difficultés à venir. En fin de compte, l'ouverture des nouveaux bâtiments hospitaliers de 1883 permet d'affirmer et de concrétiser le projet volontariste des autorités cantonales. C'est aussi l'occasion d'opter

⁵⁴ Samuel Cuénoud est le premier syndic radical de Lausanne (1882-1897).

⁵⁵ Louis Roux et Samuel Cuénoud sont issus de la même filière et suivent un parcours similaire : tous deux sont ingénieurs, bien que diplômés d'écoles différentes, occupent le poste de directeur de l'Ecole industrielle et siègent ensemble au conseil municipal de Lausanne, dans les rangs du parti radical.

pour de nouveaux modes de gestion, qui contribuent au développement médical de l'institution.

2. L'Hôpital cantonal de 1883 et son intégration à la Faculté de médecine : trente ans de forte croissance (1883-1914)

Le nouvel Hôpital de 1883 est une étape décisive dans le processus qui mène à l'ouverture de l'Université en 1890. Il manque en effet à l'Académie une Faculté de médecine pour se transformer en Université et l'Hôpital cantonal offre dès 1883 l'infrastructure de base nécessaire à l'organisation de cliniques universitaires. Il est difficile d'imaginer que les autorités cantonales – qui songent dès les années 1870 à une Université – n'aient pas eu en tête l'objectif universitaire lorsqu'elles interviennent dans les affaires hospitalières au milieu des années 1870. Louis Ruchonnet lui-même propose en 1872 au Conseil d'Etat la mise sur pied d'une école préparatoire de médecine de deux ans dans le cadre de l'Académie, afin de faciliter l'intérêt des jeunes Vaudois pour les professions médicales, et de préparer le passage à l'Université. Désireux de concrétiser au mieux son idée, il prend des contacts auprès de professeurs en poste à Strasbourg qui accepteraient une chaire à Lausanne⁵⁶. Transmis en 1873 au Conseil de Santé, le projet ne survit pas au départ de Ruchonnet du Conseil d'Etat (1874)⁵⁷. Une quinzaine d'années plus tard, lorsque la Faculté de médecine est créée (1890), l'Hôpital cantonal est chargé de la formation pratique des étudiants en médecine. En accueillant les diverses cliniques universitaires, il voit arriver ou s'affirmer de nouvelles branches de la médecine (dermatologie, pédiatrie, laryngologie, etc.) pour lesquelles les médecins-chefs demandent le développement de l'infrastructure hospitalière. La Faculté apparaît comme un facteur de croissance déterminant.

L'Hôpital cantonal est l'objet d'une très forte extension au cours de la période 1883-1914, tant au niveau de l'offre médicale et de sa capacité d'accueil, que des ressources nécessaires à son fonctionnement. L'industrialisation de la médecine hospitalière se fait donc autant à un niveau gestionnaire (direction administrative) que technique (direction médicale).

⁵⁶ ACV, K XIII 38, lettre de Louis Ruchonnet au Conseil d'Etat, 17 janvier 1872.

⁵⁷ Les procès-verbaux du Conseil de Santé ne font pas mention de suites à cette proposition. ACV, K VIII B 7, 1873-1874.

Les autorités hospitalières s'affirment et s'autonomisent

Dans le prolongement de la période Cuénoud, la direction de l'Hôpital et le pouvoir administratif se renforcent à l'intérieur de l'établissement. Il s'agit aussi bien d'une question d'organisation d'une institution dont la structure se complexifie avec la création de nouveaux services médicaux que d'une nécessité financière. L'Etat ne peut à lui seul assumer d'importantes dépenses d'équipement et les déficits d'exploitation croissants qui s'ensuivent. La tâche de l'administration hospitalière est donc de dégager les nouvelles ressources nécessaires à l'industrialisation de l'Hôpital.

A la tête de l'Hôpital : des directeurs radicaux issus de l'administration publique

Le poste de directeur de l'Hôpital se situe dans la continuité des réformes entreprises au milieu des années 1870 avec la nomination de Samuel Cuénoud. Trois hommes se succèdent à la tête de l'établissement entre 1883 et 1914. Si tous sont des radicaux rompus à la gestion de biens publics, on observe toutefois une évolution significative au niveau des filières de recrutement.

Tab. 14 Directeurs de l'Hôpital cantonal, 1883-1929⁵⁸

Nom	Période de fonction
Charles Delorme (1826-1894)	1883-1894
Louis Borgeaud (1849-1910)	1895-1909
Louis Mermoud (1861-1945)	1909-1929

Charles Delorme est un pasteur de l'Eglise nationale proche de l'Etat radical. Il est député à la Constituante de 1861 et milite en faveur du maintien des liens entre l'Eglise et l'Etat, avec pour conséquence l'influence de l'Eglise nationale sur l'instruction publique⁵⁹. Il occupe d'ailleurs lui-même le poste de directeur de l'Ecole normale entre 1876 et 1882. Il s'y distingue entre autres par le développement d'un enseignement pratique, notamment grâce à l'adjonction d'une école d'application pour parfaire la formation théorique des futurs régents⁶⁰. Au décès de Delorme, le Conseil d'Etat nomme Louis Borgeaud, directeur de

⁵⁸ Annuaire officiel du canton de Vaud, 1883-1929. Les informations biographiques sur les différents directeurs proviennent des dossiers ATS conservés aux ACV, ainsi que des ouvrages cités en bibliographie.

⁵⁹ Robert Centlivres et Jean-Jacques Fleury, *De l'Eglise d'Etat à l'Eglise nationale (1839-1863)*, Lausanne, Eglise nationale vaudoise, 1963, pp. 87-107.

⁶⁰ *Une école pour l'école. 150 ans d'Ecole normale dans le Canton de Vaud*, Lausanne, Ecoles normales du canton de Vaud, 1983, pp. 99-102.

l'Arsenal de Morges depuis 1878, qui s'est illustré par la réorganisation de cet établissement. C'est par ailleurs un fidèle membre du parti radical, qui siège aux conseils communaux de Morges puis de Lausanne. Sa carrière culmine en 1909, avec sa nomination à la préfecture de Lausanne. Enfin, le troisième directeur de l'Hôpital durant cette période est un fonctionnaire issu du Département de l'Intérieur, Louis Mermoud⁶¹. Entré au service de l'Hôpital à l'âge de 17 ans comme secrétaire comptable (1878), il est nommé chef du Service des secours publics en 1907 et devient ainsi le bras droit du directeur Borgeaud au sein du Département, à qui il succède en 1909. Mermoud bénéficie tout au long de sa carrière de l'appui du parti radical : il est le frère du conseiller national John Mermoud. Avec sa nomination s'ouvre une nouvelle filière de recrutement des directeurs hospitaliers qui domine largement jusqu'au milieu des années 1950. Il ne suffit plus d'être membre du parti radical et d'avoir fait ses preuves à la tête d'une administration publique. Le Conseil d'Etat privilégie des hommes issus du Département de l'Intérieur, et plus précisément du Service sanitaire ou de celui des Secours publics, c'est-à-dire des gestionnaires qui connaissent déjà le fonctionnement administratif de l'Hôpital cantonal et qui assurent une certaine continuité entre les divers niveaux hiérarchiques de l'administration sanitaire (Hôpital cantonal, Services sanitaire et des Secours publics, Département de l'Intérieur)⁶². Ce mode de fonctionnement atténue les éventuels effets négatifs, pour l'administration cantonale et le Conseil d'Etat, de l'autonomisation grandissante de la direction de l'Hôpital.

L'équipe administrative en fonction aux côtés du directeur s'étoffe très rapidement⁶³. Dans les années 1880, il n'y a guère qu'un secrétaire-comptable pour seconder le directeur. Puis on assiste à la nomination d'un deuxième secrétaire (1891), d'un aide-comptable (1896), d'un troisième secrétaire (1903), d'un aide de bureau (1914), d'une secrétaire pour la maternité/clinique infantile (1916) et d'une téléphoniste (1917), si bien que l'on dénombre huit fonctionnaires administratifs à la tête de l'Hôpital en 1918. La bureaucratie hospitalière paraît encore limitée. Pourtant, l'Hôpital compte dès 1914 un nombre plus important d'employés administratifs que le Service des Secours publics (Hospices) chargé de surveiller sa gestion, qui ne comprend que cinq fonctionnaires au total. Cette tendance se confirme et

⁶¹ Ayant atteint l'âge de la retraite en 1927, Mermoud reste pourtant en place encore deux ans, parce que le notable radical pressenti pour ce poste l'a refusé (selon *La Suisse* du 4 octobre 1927). On prévoyait de nommer le préfet de Lausanne Prod'homme, afin qu'il puisse libérer sa propre place pour un autre notable, mais il refuse de quitter la préfecture (selon le *Droit du peuple et travail* du 7 octobre 1927). ACV, Dossiers ATS, Mermoud Louis.

⁶² Annuaire officiel du canton de Vaud ; ACV, Dossiers ATS.

⁶³ Annuaire officiel du canton de Vaud, 1880-1920.

s'accroît dans les décennies suivantes. Cela ne signifie pas pour autant que le Département de l'Intérieur intervienne moins dans les affaires hospitalières. Le Service sanitaire et le CSH sont généralement aux côtés de la direction de l'Hôpital – les passages de l'une à l'autre des administrations, à tous les échelons hiérarchiques, sont d'ailleurs fréquents au cours d'une carrière, comme le révèle par exemple le parcours du directeur Mermoud⁶⁴ – et l'assistent dans la mise en place d'un contrôle administratif sur l'établissement, notamment face au corps médical en forte augmentation. La question de la gestion des archives médicales est un bon exemple de ces jeux de pouvoir.

Les archives médicales, des biens patrimoniaux devenus propriété publique

Jusqu'à la fin du 19^e siècle, les médecins considèrent les archives médicales comme un bien propre, issu de leur pratique privée – l'acte de soigner reste privé, bien que rétribué par l'Hôpital – et qui est conservé à titre personnel pour des raisons qui sont essentiellement scientifiques et professionnelles : ces dossiers constituent la base de données fondamentale à la constitution d'un savoir scientifique exposé dans diverses publications, thèses, conférences, etc. De plus, la conservation privée des dossiers de patients est invoquée par les médecins comme une garantie de la protection du secret médical, cela d'autant plus que la loi fédérale sur les épidémies de 1886 cherche à limiter cette confidentialité lorsque la maladie de l'individu cesse d'être de nature privée et devient publique⁶⁵. Dans les cas de maladies vénériennes ou d'épidémies, les médecins se doivent en effet de révéler certains éléments à caractère privé afin de prévenir les risques d'épidémie. De plus, il faut compter avec l'intervention de motivations médico-légales, les autorités judiciaires désirant avoir accès aux dossiers de patients, principalement en cas de décès. Le dossier médical perd ainsi sa neutralité et devient, vers la fin du 19^e siècle, un enjeu de pouvoir entre les médecins et l'Etat⁶⁶.

A Lausanne, les autorités administratives de l'Hôpital cantonal font part une première fois en 1887 de leur volonté de conserver une trace écrite du travail des médecins par l'inscription systématique des cas soignés dans des registres comme contrôle administratif et comme preuve potentielle de ce qui a été réellement fait en cas de plainte d'un patient. Conscient de

⁶⁴ Pour d'autres exemples, voir chapitre 4.

⁶⁵ Loi fédérale concernant les mesures à prendre contre les épidémies offrant un danger général, 2 juillet 1886, art. 3.

⁶⁶ Voir Dominique Manaï, *Les droits du patient face à la médecine contemporaine*, Genève / Bâle, Faculté de droit / Helbing & Lichtenhahn, 1999, notamment pp. 146-159. Sur le secret médical dans le canton de Vaud, voir Nicolas Zeitoun, *Autour du secret médical dans le canton de Vaud. Discours et pratiques (1890-1960)*, Université de Lausanne, mémoire de licence, 2001, 130 p.

ce que « les chefs de service possèdent à leur domicile tous les renseignements sur les malades qu'ils soignent à l'Hôpital »⁶⁷, le CSH déclare qu'il faudrait « que l'Hôpital cantonal possède tous les renseignements possibles sur chacun des malades qui y ont été admis. L'on peut avoir à chaque instant besoin de ces renseignements lesquels doivent être officiels. »⁶⁸ Le CSH décide la tenue de registres par les internes de chaque service, en complément aux dossiers médicaux qui restent la propriété des médecins. Mais, déjà en 1888, le CSH se plaint de leur mauvaise tenue. En novembre 1889, le Dr Emile Dind, chef du Service sanitaire cantonal, fait un rapport au CSH allant dans le même sens. Il affirme qu'« à part celui du service de M. Roux les autres registres ne correspondent pas au vœu émis jadis par le Conseil de Santé et ne présentent pas l'intérêt scientifique recherché pas plus que les renseignements médico-légaux. »⁶⁹

Cette position des autorités administratives se heurte à l'opposition du corps médical, qui voit dans cette mesure un contrôle de l'exercice de la médecine – pratique privée par essence et par tradition – ainsi qu'une bureaucratisation de son travail. Le représentant des médecins de l'Hôpital, le Dr Henri Secrétan, invité à la séance, déclare que « comme médecin de l'Hôpital cantonal il est redevable à l'Etat de son activité pratique mais non de son activité scientifique »⁷⁰, sans pour autant expliciter la différence entre les deux. Dans la pratique, seul le Service chirurgical de César Roux s'astreint correctement à l'enregistrement des malades. Jusqu'au début du 20^e siècle, les archives médicales restent en pratique conservées par les médecins⁷¹.

Cette attitude change dès la fin des années 1890, à une époque qui voit le pouvoir administratif et judiciaire s'imposer au corps médical. Plusieurs conflits avec des médecins s'avèrent en fin de compte favorables à la direction de l'Hôpital et à l'administration cantonale. En 1908, un différend éclate entre le Service sanitaire et le prof. Louis Bourget, médecin-chef de la clinique médicale, qui ne veut pas lui remettre les registres de son service mais doit en fin de compte s'exécuter. De même, en 1911, un juge d'instruction lausannois qui enquête sur le meurtre d'un bébé par sa mère au sortir de la Maternité, demande le dossier

⁶⁷ ACV, K VIIIB 6, protocoles du CSH, 14 janvier 1887.

⁶⁸ Ibidem.

⁶⁹ ACV, K VIIIB 8, rapport du Dr Dind, 1^{er} novembre 1889.

⁷⁰ ACV, K VIIIB 6, protocoles du CSH, 14 janvier 1887.

⁷¹ Ainsi, une partie des dossiers de malades du Service de chirurgie sont actuellement conservées dans les archives privées de César Roux, déposées à la Bibliothèque cantonale universitaire, et non dans le cadre des archives de l'Hôpital cantonal, conservées aux Archives cantonales vaudoises. De même, les archives médicales du Dr Mathias Mayor, premier chirurgien de l'Hôpital cantonal vaudois (1806-1847), sont conservées dans un fonds de famille (ACV, Fonds de la famille Marcel) avec d'autres documents de nature privée (correspondance, comptes, etc.). Les documents relatifs à la pratique en milieu hospitalier ne sont pas isolés de ceux relevant de la pratique privée.

clinique de cette femme. En l'absence du prof. Guillaume Rossier, médecin-chef de cet établissement, ses assistants refusent de remettre le dossier, jusqu'à ce que le juge déclare qu'il « pourrait se saisir de ce document même par voie d'exécution forcée. »⁷² Ces anecdotes relatives à la possession des archives médicales montrent qu'après 1900, il devient admis que ces documents sont partie intégrante des archives de l'Hôpital cantonal dont ils sont un aspect important du fonctionnement.

On ne sait toutefois que très peu de choses sur l'éventuelle utilisation de ces documents par les autorités hospitalières dans le but de rationaliser et de standardiser la pratique de la médecine dans l'établissement, afin de permettre une croissance des hospitalisations dans les meilleures conditions possibles. Joel Howell a montré dans le cas des hôpitaux de New York et de Philadelphie que les années 1900-1925 correspondent à l'émergence d'une véritable taylorisation du travail en milieu hospitalier. L'adoption d'une nouvelle comptabilité et de nouvelles fiches d'enregistrement des malades, de même que la généralisation des statistiques, des graphiques, des machines à écrire, etc. permettent l'adoption de nouvelles méthodes de travail⁷³. Dans le cas de l'Hôpital cantonal de Lausanne, il est pourtant difficile de savoir dans quelle mesure le contrôle par l'administration des dossiers médicaux est utilisé dans une perspective similaire, les documents d'archives étant fort laconiques à ce propos. L'adoption en 1921 de feuilles de température identiques dans l'ensemble de l'établissement, sur proposition du Dr Gustave Delay, pourrait apparaître comme le signe d'une volonté de rationaliser le travail médical dans l'établissement⁷⁴. Cependant, l'état de désordre complet que présentent les dossiers administratifs relatifs aux malades lors de la réorganisation du service comptable⁷⁵, à la fin des années 1930, laisse difficilement envisager jusque là l'existence d'un travail médical rationalisé et fondé sur des données statistiques normalisées.

Un nouveau système financier : l'Hôpital crée ses propres ressources

La principale innovation gestionnaire adoptée au début des années 1880 est la recherche de ressources propres à l'Hôpital afin d'assurer financièrement le développement de l'établissement. En effet, le Service des Secours publics est de plus en plus chargé, entre autre suite à l'ouverture de l'Asile psychiatrique de Cery en 1873. Le déficit annuel des Hospices atteint en moyenne 288'107 francs pour les années 1883-1900 puis s'accroît : il est de 468'337

⁷² ACV, K VIII B 100, lettre à la Maternité, 29 juin 1911.

⁷³ Joel Howell, op. cit.

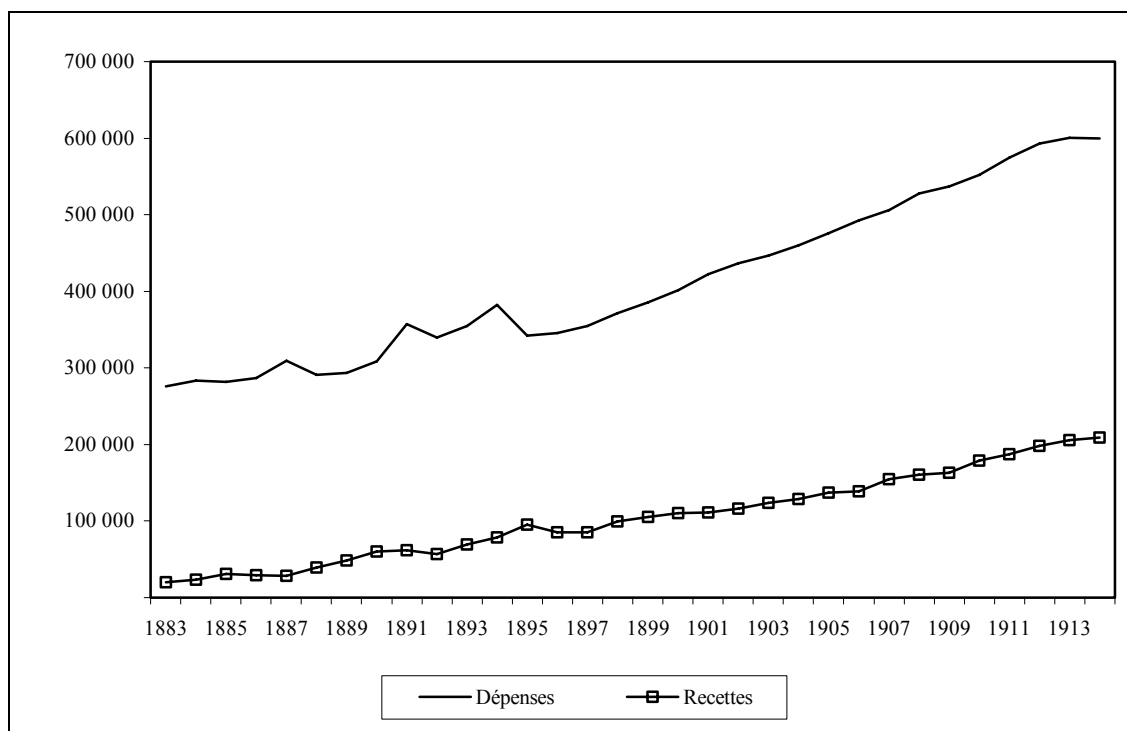
⁷⁴ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 1921.

⁷⁵ Voir pp. 191ss.

francs en 1905, de 751'598 francs en 1910 et de plus d'un million de francs en 1914. Il représente en moyenne 4.7% des dépenses de l'Etat pour l'ensemble de la période.

Dans les années 1870, l'Hôpital dépend à plus de 90% des Secours publics pour couvrir ses dépenses. Il n'est donc pas envisageable d'entreprendre sa modernisation avec une maîtrise si faible des ressources. Les nouvelles recettes dégagées par l'administration hospitalière permettent la forte augmentation des dépenses – de près de 275'000 francs en 1883 à environ 600'000 francs en 1914 – avec un déficit relativement constant, aux alentours de 300'000 francs par année⁷⁶. La couverture des dépenses par les recettes propres de l'Hôpital est en forte hausse et passe de 7.2% en 1883 à 27.4% en 1900 et 34.9% en 1914, ce qui permet de limiter la dépendance envers l'Etat.

Graph. 5 Recettes et dépenses d'exploitation de l'Hôpital cantonal, en francs courants, 1883-1914⁷⁷



Les nouvelles recettes sont de plusieurs types. L'essentiel provient des pensions payées par les malades. Les autorités hospitalières décident de faire passer les malades non indigents à la caisse. Le nouvel établissement ouvert en 1883 attire en effet de plus en plus de membres des classes moyennes qui répugnaient jusque-là à se faire hospitaliser, phénomène que le Conseil

⁷⁶ Le déficit annuel de l'Hôpital cantonal passe de 255'798 francs en 1883 à 389'936 francs en 1914. Il est en moyenne de 307'661 francs pour cette période.

⁷⁷ CRCE, Département de l'Intérieur, 1883-1914.

d'Etat prévoyait en 1881 : « La population de l'Hôpital tend constamment à augmenter, malgré les nombreux refus d'admission que provoquent les périodes d'encombrement et l'envoi de malades dans les infirmeries locales. C'est un fait aujourd'hui bien constaté que le traitement des maladies dans les hôpitaux rencontre de moins en moins de répugnance, même chez les personnes qui, par leur position sociale, sembleraient ne devoir recourir aux soins hospitaliers que comme dernière ressource. »⁷⁸. Le part des journées gratuites pour indigents chute ainsi de 86.8% des journées totales en 1883 à 50.6% en 1914. Les pensions totales versées par les malades se montent à 88.9% des recettes pour les années 1886-1914⁷⁹.

Une catégorie particulière de malades fait son apparition, celle de la clientèle privée des médecins-chefs. Le Dr Dupont est le premier à demander au CSH en 1883 « l'autorisation de pouvoir disposer d'une salle de pensionnaire pour y faire l'opération d'un malade [...]. Accordée, toutefois à titre tout à fait exceptionnel. »⁸⁰ Ce type de pratique évolue très rapidement, sous la pression des médecins en poste désireux d'utiliser l'infrastructure hospitalière pour leur pratique privée, si bien que l'on dénombre en 1892 un total de neuf chambres de pensionnaires privés, comprenant au total 16 lits⁸¹. Cette pratique se développe notamment après la création de la Faculté de médecine, qui participe à la renommée de l'Hôpital, dans un contexte de fort développement du tourisme médical en ville de Lausanne⁸². La clientèle privée des professeurs de médecine a une incidence particulièrement bénéfique sur la marche de l'établissement. Le montant de ces pensions privées est connu dès 1895. Jusqu'en 1914, cette participation rapporte chaque année près de 37'800 francs, soit 27.1% des recettes, une proportion qui est loin d'être atteinte dans l'entre-deux-guerres. De plus, cette clientèle satisfaite des traitements reçus fait souvent, dès les années 1910, des dons aux professeurs de médecine, qui sont capitalisés dans des *fonds spéciaux* destinés au développement de l'infrastructure des cliniques universitaires⁸³.

De plus, la clientèle privée qui vient se faire hospitaliser à l'Hôpital cantonal recourt à l'équipement médico-technique haut de gamme installé dans l'établissement (rayons X, salle

⁷⁸ CRCE, Département de l'Intérieur, 1881, p. 76.

⁷⁹ CRCE, Département de l'Intérieur, 1886-1914. Chiffres indisponibles avant 1886. Ce chiffre comprend les pensions versées par les indigents ainsi que celles des malades privés.

⁸⁰ ACV, K VIII B 61, protocole de la Commission des Hospices, 5 mai 1883.

⁸¹ CRCE, Département de l'Intérieur, 1892.

⁸² A l'Hôpital cantonal de Genève, la première revendication attestée de la possibilité pour les professeurs d'hospitaliser leur clientèle privée dans le cadre de l'Hôpital date de 1904 et est le fait du professeur de clinique chirurgicale Charles Girard. Le Conseil d'Etat accède à sa requête, bientôt suivie de celles de ses collègues, et la commission administrative de l'Hôpital adopte un règlement concernant l'hospitalisation de « pensionnaires » en 1907. Philip Rieder, *La Faculté...*, op. cit.

⁸³ Voir ci-dessous, pp. 177ss.

d'opérations, etc.)⁸⁴. L'utilisation de cette infrastructure permet ainsi de dégager des ressources financières pour l'Hôpital. La radiologie est taxée dès 1904 et devient très rapidement un investissement rentable, puisqu'elle rapporte 2'875 francs la première année et déjà 19'567 francs en 1910. Durant les années 1910-1913, ce service assure près de 10% des recettes de l'Hôpital. Le second domaine qui dégage de substantiels bénéfices est la chirurgie, pour laquelle l'Hôpital encaisse des taxes opératoires dès 1898. Les montants sont plus modestes et relativement stables : ils sont de 4'242 francs par année en moyenne pour la période 1898-1914. Ces taxes jouent pourtant un rôle important pour le développement de l'Hôpital. Elles ne sont en effet pas comptabilisées dans les recettes d'exploitation mais thésaurisées dans un *Fonds de l'Hôpital cantonal* qui permet certains investissements hors budget du Service des Secours publics, autre signe du désir d'autonomie des gestionnaires de l'Hôpital.

Organisation des divers services hospitaliers

Malgré la diversification des recettes hospitalières, les nouvelles ressources dégagées par l'ouverture de l'établissement aux malades non-indigents ne suffisent pas à financer le développement de l'Hôpital universitaire. De plus, l'Etat ne voulant pas s'endetter, il faut trouver des solutions originales dans le développement de l'établissement, qui reposent sur la sous-traitance de certains enseignements cliniques à des institutions privées préexistantes, puis sur un essai de centralisation dans les années 1910.

L'impact de la Faculté de médecine

Le nouvel Hôpital est une étape décisive pour la création en 1890 d'une Faculté de médecine dont il assure l'enseignement clinique. A son ouverture, en 1883, l'Hôpital cantonal comprend deux services distincts – chirurgie et médecine interne – eux-mêmes dédoublés – séparation hommes-femmes – et emploie quatre médecins, ainsi que quatre assistants. Le service infirmier est assuré par les diaconesses de Saint-Loup, qui font de cet hôpital leur principal lieu de formation. Les autorités administratives de l'Hôpital cherchent dès 1883 à contrôler le développement de l'établissement et à en limiter les effets financiers. Peu après l'inauguration des bâtiments, le CSH demande par exemple aux médecins-chefs de réfléchir à un emploi économe des pansements antiseptiques et du chauffage dans les salles de malades, ainsi qu'à une politique d'hospitalisation rationnelle, axée notamment sur le renvoi des

⁸⁴ Aux Etats-Unis, le recours à l'infrastructure médico-technique hospitalière par les classes moyennes et aisées s'expliquerait par une forte demande de modernité des soins médicaux de leur part. Joel Howell, op. cit.

convalescents et des incurables⁸⁵. En 1890, une commission d'admission est instituée par le Département de l'Intérieur. Regroupant le directeur de l'Hôpital, le chef du Service sanitaire et les médecins-chefs des services de chirurgie et de médecine, elle a pour but d'orienter les malades vers les divers services. La croissance du nombre d'hospitalisations est remarquable dès l'ouverture du nouvel Hôpital. L'arrivée des cliniques universitaires en 1890 ne fait que renforcer la tendance à la hausse qui se manifeste depuis 1883. On passe de 2'723 malades en 1883 à 6'634 en 1914, soit une augmentation de près de 143%⁸⁶. Cette hausse n'est pas le reflet d'innovations médico-techniques qui permettraient la prise en charge plus rapide des malades : leur durée de séjour moyen reste stable et oscille aux alentours de 25-30 jours. Elle est simplement la conséquence d'une croissance de la capacité d'accueil. Le nombre de journées d'hospitalisation passe ainsi de 71'398 en 1883 à 195'541 en 1914.

Mis à part ces données statistiques sur l'évolution du nombre de malades, il est difficile d'établir avec exactitude quelle est l'influence de la nouvelle Faculté de médecine sur le développement de l'Hôpital cantonal. Bien que les travaux publiés sur l'histoire de l'Université de Lausanne entre 1890 et 1945 prennent en considération cette Faculté⁸⁷, on ne dispose pas d'une étude centrée sur cette institution, comme c'est par exemple le cas à Genève, avec le travail de Philip Rieder sur la Faculté de médecine de cette ville, ouverte en 1876⁸⁸. Les similarités entre les facultés de Genève et de Lausanne semblent évidentes sur un point au moins : on y distingue, au moins jusque dans les années 1930, une certaine bipolarisation dans le recrutement du corps professoral entre chaires cliniques et chaires non cliniques (laboratoires). Dans le cas genevois, Rieder montre bien que le corps médical de la ville, regroupé en 1892 au sein d'un puissant lobby, l'Association des médecins de Genève (AMG)⁸⁹, instrumentalise à son profit la Faculté de médecine et l'Hôpital cantonal qui en accueille les chaires cliniques. Celles-ci sont systématiquement accordées à des médecins du cru, souvent proches du Conseil d'Etat radical, qui ont une vision essentiellement pratique de leur professorat : la Faculté sert d'abord à former des médecins. Ces professeurs de chaires cliniques sont à la tête des services de l'Hôpital cantonal, dont ils promeuvent le développement, et possèdent une activité privée – cabinet ou clinique – en-dehors de leur

⁸⁵ ACV, K VIII B 61, protocole de la Commission des Hospices, 1883.

⁸⁶ CRCE, Département de l'Intérieur, 1883-1914.

⁸⁷ Voir Laurent Tissot, *Politique, société et enseignement supérieur dans le canton de Vaud. L'Université de Lausanne, 1890-1916*, Lausanne, Payot, 1996, 400 p. et François Wisard, op. cit.

⁸⁸ Philip Rieder, *La Faculté dans tous ses états : médecine, politique et société à Genève, 1876-1922*, à paraître.

service hospitalier universitaire. Parallèlement à ce corps de « praticiens distingués »⁹⁰, les autorités genevoises nomment quelques sommités internationales à la tête des laboratoires (physiologie, anatomie, pathologie), postes pour lesquels l'intérêt des médecins locaux est beaucoup moins marqué. Ces professeurs, parmi lesquels Moritz Schiff⁹¹ en physiologie, vouent l'essentiel de leur temps à la Faculté – ils n'ont ni cabinet, ni clinique privée – et en assurent la réputation scientifique grâce à leurs recherches et leurs publications.

La Faculté de Lausanne, ouverte quinze ans après celle de Genève, ressemble à s'y méprendre à sa voisine sur la question du recrutement professoral. A Lausanne aussi, on est dans le contexte d'une Université aux accents utilitaristes. Ainsi, la Faculté de médecine sert à former des médecins praticiens, comme celle de théologie produit des pasteurs, celle de lettres des enseignants et celle de droit des juristes⁹². Les professeurs de médecine lausannois nommés en 1890 à la tête des chaires cliniques sont généralement des Vaudois proches de l'élite au pouvoir dans le canton (César Roux, Louis Bourget, Edouard de Cérenville, Marc Dufour, etc.) et ont eux-mêmes œuvré en faveur de la création de l'Université. Ils occupent la direction du service hospitalier correspondant à leur chaire et disposent, à côté de leur activité hospitalo-universitaire, de cliniques privées ou de cabinets en ville de Lausanne⁹³. A l'image de César Roux, ils ont une conception très utilitariste de la Faculté et transmettent une formation essentiellement pratique à leurs étudiants. Pour ce qui est des chaires non cliniques (physiologie, histologie, pathologie), les autorités cantonales vaudoises suivent le modèle genevois et nomment à leur tête des scientifiques d'origine étrangère⁹⁴. La physiologie est accordée à Alexandre Herzen, Russe de naissance et diplômé de l'Université de Genève où il a été assistant du prof. Schiff ; l'histologie à Nathan Loewenthal, diplômé de l'Université de Berne, lui aussi Russe et élève de Schiff, dont il a été l'assistant puis le successeur à l'Institut d'Etudes supérieures de Florence ; enfin, la pathologie à Henri Stilling, Allemand et ancien privat-docent à la Faculté de Strasbourg. Tous trois développent essentiellement des activités de recherche à la Faculté de médecine, dont ils représentent la vitrine scientifique. Ils n'ont ni

⁸⁹ L'AMG ferait assurément un beau sujet de recherche. Pour une première approche, outre le travail de Rieder, voir Philippe Ehrenström, « Affirmation et structuration de la profession médicale, Genève, 1880-1914 », in *Revue suisse d'histoire*, 1992, pp. 220-226.

⁹⁰ Expression citée par Rieder.

⁹¹ Moritz Schiff (1823-1896) : médecin allemand, professeur à l'Université de Berne (1856), à l'Institut d'Etudes supérieures de Florence (1862) puis à l'Université de Genève (1876). Marc Cramer et Jean Starobinski, *Centenaire de la Faculté de médecine de l'Université de Genève (1876-1976)*, Genève, Médecine & Hygiène, 1976, pp. 37-38.

⁹² Sur l'utilitarisme de l'Université de Lausanne, voir Laurent Tissot, *Politique...*, op. cit.

⁹³ Selon l'*Annuaire lausannois* ou l'*Indicateur vaudois* des années 1890, huit des douze professeurs nommés en 1890 possèdent une clinique ou un cabinet privé.

⁹⁴ Les informations biographiques citées ci-dessous sont tirées de Olivier Robert et Francesco Panese, op. cit.

cabinet, ni clinique en ville de Lausanne⁹⁵, et n'entrent ainsi pas en concurrence avec leurs collègues vaudois installés à la tête des chaires cliniques. La Faculté de médecine de Lausanne apparaît donc dans ses premières années comme largement dominée par l'élite médicale vaudoise, décidée à faire des cliniques universitaires un centre de formation pratique pour étudiants en médecine, ainsi que, petit à petit, le lieu privilégié de leur activité professionnelle. L'Hôpital cantonal se trouve ainsi au centre des préoccupations de la Faculté et bénéficie directement de la volonté des divers professeurs-chefs de service d'en développer l'infrastructure.

Dès l'ouverture de la Faculté, en 1890, l'Hôpital est réorganisé pour y accueillir les nouvelles cliniques nécessaires à l'enseignement universitaire. Afin de disposer de place, les services de chirurgie et de médecine interne, dédoublés depuis 1883, sont remis sous la seule autorité des professeurs César Roux et Edouard de Cérenville. La place ainsi dégagée permet l'accueil de services de dermato-vénérologie en 1890 (prof. Emile Dind), de laryngologie en 1894 (prof. Louis Secrétan) et de pédiatrie en 1898 (prof. Adolphe Combe). Malgré l'arrivée de la Faculté de médecine, certains services hospitaliers dominent largement l'Hôpital cantonal. La place prépondérante accordée à la chirurgie, à la médecine interne et à la dermato-vénérologie s'explique aussi bien par le caractère encore très généraliste de ces branches que par la proximité de leurs médecins-chefs avec les autorités politiques. Lorsqu'il est question d'aménager l'Hôpital cantonal pour y recevoir les cliniques universitaires, ce sont en effet les Dr Roux et de Cérenville (alors chef du service de médecine) qui discutent la réorganisation de l'établissement avec le conseiller d'Etat Eugène Ruffy⁹⁶. Quant au Dr Dind, il entretient de longue date des relations au sein du parti radical. Chef du Service sanitaire (1885) et professeur de médecine légale à l'Académie suite au départ de César Roux (1888), il saisit l'occasion de la création d'une Faculté de médecine pour accéder à la chaire de dermato-vénérologie, un domaine dans lequel il n'est pas détenteur d'un savoir ou d'une technique spécifique, mais où son expérience de praticien de la santé publique lui permet de s'imposer⁹⁷. Ces trois services représentent à eux seuls près de 80% des lits de l'Hôpital. Les autres services essayent d'augmenter leur part et revendiquent à plusieurs reprises une meilleure répartition des lits, notamment au départ du prof. de Cérenville (1898). Le Grand Conseil vote

⁹⁵ Selon l'*Annuaire lausannois* ou l'*Indicateur vaudois* des années 1890.

⁹⁶ ACV, K VIII B 6, protocole du CSH, 4 octobre 1888.

⁹⁷ La dermato-vénérologie est alors essentiellement une médecine de type social, qui prend en charge les malades des classes populaires. Emile Dind est d'ailleurs parmi les fondateurs du Dispensaire central de Lausanne en 1887. Voir Edgar Frenk (dir.), *Dermatologie und Venerologie in der Schweiz. Ein historischer Rückblick – Dermatologie et vénérologie en Suisse. Un aperçu historique*, Neuchâtel, Alphil, 2004, pp. 52-53.

en 1902 un crédit de 41'000 francs en faveur de transformations dans le service de laryngologie.

Tab. 15 Répartition des lits entre les divers services de l'Hôpital cantonal, 1901⁹⁸

Service	Nombre de lits	Médecin-chef
Chirurgie	141	prof. César Roux
Médecine interne	108	prof. Louis Bourget
Dermato-vénérologie	105	prof. Emile Dind
Pédiatrie	35	prof. Adolphe Combe
Maternité	30	prof. Oscar Rapin
Laryngologie (ORL)	14	prof. Louis Secrétan
Pavillons de contagieux	43	
Chambres de pensionnaires ⁹⁹	15	
Total	491	

En 1913, le CSH, désireux de connaître les besoins des différents services, fait une enquête auprès des différents médecins-chefs. Ce sont surtout les nouveaux-venus qui revendiquent une infrastructure manquante. Les services plus anciens de chirurgie, de médecine interne et de dermatologie n'ont pas de demande particulière. Les médecins-chefs des nouvelles spécialités doivent en fin de compte attendre l'entre-deux-guerres pour voir leurs revendications satisfaites, avec la création de bâtiments autonomes co-financés par le secteur privé.

Tab. 16 Demandes des médecins-chefs de l'Hôpital cantonal, 1913¹⁰⁰

Demandeurs	Type de demande
Pédiatrie	Attribuer à son service tous les enfants de moins de 16 ans
Pédiatrie	Deux salles supplémentaires pour malades
Pédiatrie et ORL	Deux petites salles d'isolement pour malades contagieux
Pédiatrie	Attribuer au service de pédiatrie le laboratoire personnel du Dr Bourget décédé
Pédiatrie	Création d'un nouvel auditoire
ORL	Une salle supplémentaire pour malades
ORL	Restitution de deux salles au service ORL
Thérapeutique médicale ¹⁰¹	Deux salles de malades pour l'enseignement

⁹⁸ CRCE, Département de l'Intérieur, 1901.

⁹⁹ Ces lits sont à disposition des professeurs pour l'hospitalisation de leur clientèle privée.

¹⁰⁰ ACV, K VIII B 106.

Les années 1904-1916 voient déjà la réalisation de trois nouvelles constructions, dont une – agrandissement du service de chirurgie en 1913-1914 – ne fait qu'accentuer le déséquilibre entre les divers services hospitaliers. La première d'entre elles est la nouvelle polyclinique universitaire, construite en 1904 en contre-bas de l'Hôpital. Un tel établissement occupe traditionnellement une importance considérable dans les équipements hospitalo-universitaires inspirés du modèle allemand, fondé sur l'alliance entre un hôpital de taille moyenne, des laboratoires et une polyclinique qui exerce un rôle aussi bien social (soigner les indigents) que pédagogique (former des médecins). Cette double fonction explique ainsi largement l'importance accordée par les autorités au développement de cet établissement. De plus, la polyclinique de Lausanne, dirigée depuis 1892 par le prof. Paul Demiéville, ancien assistant de Theodor Kocher et ami de César Roux¹⁰², connaît un succès fulgurant¹⁰³. Le Grand Conseil, sur rapport du député libéral Adrien Demiéville, frère de Paul, accorde en 1898 un crédit de 490'000 francs, augmenté d'une participation de la commune de Lausanne à hauteur de 200'000 francs, en faveur d'un nouveau bâtiment. Ce dernier est inauguré en 1904 et comprend, outre les services de polyclinique, divers laboratoires du Département de l'Intérieur et de l'Université (contrôle des denrées en boissons, station laitière, zoologie, anatomie comparée, minéralogie)¹⁰⁴. La seconde construction hospitalière d'importance est l'agrandissement en 1913-1914 de la clinique chirurgicale de César Roux, qui consacre l'écrasante domination de la chirurgie dans l'établissement¹⁰⁵. Quant à la maternité, ouverte en 1883 dans l'un des quatre pavillons construits derrière l'Hôpital, placée sous la direction du Dr Oscar Rapin, elle connaît un fort développement (81 femmes en couches en 1885 ; 136 en 1890 ; 290 en 1900)¹⁰⁶ mais ne parvient que difficilement à s'imposer face au Service de chirurgie qui garde la haute main sur les cas de gynécologie¹⁰⁷. L'infrastructure de la maternité ne correspond toutefois plus aux critères médicaux des années 1890. Le bâtiment datant de 1883 ne comprend en effet aucune salle d'isolement et ne permet que difficilement

¹⁰¹ La thérapeutique médicale est un enseignement théorique rattaché en 1890 à la médecine interne et autonomisé avec la création en 1899 d'un laboratoire de thérapeutique placé sous la direction du prof. Siegfried Rabow.

¹⁰² Paul Demiéville (1855-1947) : il fait la connaissance de Roux à l'Université de Berne et en devient un ami proche. Le mariage de leurs enfants Hélène Roux et Paul Demiéville scelle cette amitié en 1927. Sur la Polyclinique universitaire, voir Guy Saudan, « Dispensaire et polyclinique à Lausanne : 100 ans de médecine et société », in *RMSR*, 1989, pp. 267-277.

¹⁰³ Voir chapitre 1, pp. 56-57.

¹⁰⁴ Voir Guy Saudan, « Dispensaire et polyclinique... », op. cit.

¹⁰⁵ Voir chapitre 1, pp. 79-82.

¹⁰⁶ CRCE, Département de l'Intérieur, diverses années.

¹⁰⁷ Voir chapitre 1, pp. 53-56.

la réalisation d'accouchements dans des conditions aseptiques satisfaisantes. Le CSH nomme en 1898 une commission chargée d'étudier la question de la maternité. Elle affirme que « les autres universités suisses ont des Maternités nouvelles, construites selon les dernières exigences de la science »¹⁰⁸ et recommande la construction d'un nouveau bâtiment regroupant la maternité et le service de pédiatrie (clinique infantile). Des difficultés d'ordre financier poussent toutefois le Conseil d'Etat et le Grand Conseil à rejeter ce projet dans les années 1899-1900. Les interventions du prof. Rapin et de ses successeurs dans les années 1900 n'y changent rien, malgré le caractère alarmiste de leurs rapports et il faut attendre l'année 1910 pour voir un projet officiellement confié à l'architecte lausannois Georges Epitoux. Comprenant près de 140 lits et équipé de matériel médico-technique hautement perfectionné – notamment les appareils de la maison Schaerer – ce bâtiment est inauguré en 1916, pour un coût total de plus de 1.3 million de francs. Il connaît son véritable essor une dizaine d'années plus tard, lorsque la gynécologie y est rapatriée¹⁰⁹.

La nouvelle maternité lance véritablement l'extension de la cité hospitalière lausannoise qui a lieu durant les années 1920 et 1930. De par son financement, elle appartient cependant à la première génération de bâtiments hospitaliers publics (1883-1916). En effet, durant l'entre-deux-guerres, l'essentiel des nouvelles constructions hospitalières repose sur un système de financement mixte entre l'Etat et le secteur privé. Cette politique n'est pas complètement nouvelle. Elle est le prolongement d'une politique de sous-traitance de certaines activités hospitalières au secteur privé mise en place avec la création de la Faculté de médecine.

Sous-traitance de certaines cliniques à des établissements philanthropiques privés

Lors de la transformation de l'Académie de Lausanne en Université, le Conseil d'Etat se heurte à l'hostilité de certains députés et notables, généralement libéraux, opposés à ce projet considéré comme trop coûteux¹¹⁰, ainsi que de la part des médecins de campagne craignant qu'une Faculté de médecine n'entraîne la pléthore médicale¹¹¹. La question financière est primordiale et influence fortement la structure de l'Hôpital cantonal universitaire. Le conseiller d'Etat Ruffy, principal promoteur politique de l'Université, déclare ainsi en 1890 qu'« afin de ménager la députation paysanne et compte tenu des capacités financières du

¹⁰⁸ ACV, K IX 1218-50A, Rapport de la Commission d'évaluation au CSH, 1898.

¹⁰⁹ Voir chapitre 1, pp. 55-56.

¹¹⁰ Les coûts de fonctionnement des Facultés de médecine sont très élevés. Ils se montent en 1886 à 77'560 francs à Berne, à 52'400 à Zurich, à 82'950 à Genève et à 51'561 à Bâle. Voir Laurent Tissot, *Politique...*, op. cit., p. 62.

¹¹¹ On rencontre exactement le même souci corporatiste à Fribourg dans les années 1950. Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., p. 243.

canton, la création de l'Université ne devrait pas apparaître comme une coûteuse entreprise ni comme une opération de prestige [...]. »¹¹² Les autorités cantonales songent alors à utiliser les institutions privées existantes pour y sous-traiter certains enseignements cliniques.

Plutôt que de combattre un réseau d'institutions philanthropiques et libérales particulièrement dense, le Conseil d'Etat propose une mise en réseau des établissements médicaux publics et privés en ville de Lausanne. Ce rapprochement est grandement facilité par le mouvement de réconciliation entre libéraux et radicaux qui se traduit par la nomination du libéral Robert Cossy¹¹³ au Conseil d'Etat (1893) – sur fond de montée du socialisme. Les relations personnelles entre les médecins engagés dans ces divers établissements jouent sans doute un rôle essentiel dans leur rapprochement. La commission préconsultative pour la création d'une Faculté de médecine, mise sur pied par Ruffy en 1887, réunit six médecins impliqués dans divers établissements et tous favorables à l'Université. Trois sont libéraux : Edouard Bugnion, Edouard de Cérenville et Marc Dufour ; et trois autres sont radicaux : Emile Dind, Frédéric Paschoud et César Roux¹¹⁴. L'engagement politique divergent n'est toutefois pas synonyme de filières professionnelles distinctes, bien au contraire. On trouve dans cette commission des représentants de l'Hôpital cantonal (Roux et de Cérenville) mais aussi du secteur privé comme l'Asile des aveugles (Dufour) ou le Dispensaire central (de Cérenville et Dind). Le Dr Edouard de Cérenville apparaît comme un personnage-clé dans cette mise en réseau¹¹⁵ : chef du Service de médecine de l'Hôpital cantonal à deux reprises (1870-1883 et 1888-1898), il est parmi les fondateurs du Dispensaire central de Lausanne (1887) et siège au comité de direction de l'Asile des aveugles (1884-1900). Il est en outre parmi les fondateurs de la Société climatérique de Leysin et de la Ligue vaudoise contre la tuberculose, autres *joint-ventures* entre secteurs public et privé dans le domaine médical. Enfin, plusieurs membres de sa famille (son frère Henri et son neveu Roger) siègent au comité de l'Institution de diaconesses de Saint-Loup, qui prend en charge le service infirmier de l'Hôpital cantonal en 1883.

L'originalité lausannoise réside donc bien dans la densité du réseau social des médecins de la ville qui permet la mise en place d'une organisation hospitalière basée sur la sous-traitance de certains enseignements universitaires à des établissements privés. Le corps médical vaudois s'avère ainsi un élément fondamental de l'émergence du système hospitalier cantonal. Par les

¹¹² Cité par Laurent Tissot, *Politique...*, op. cit., p. 90.

¹¹³ Robert Cossy (1861-1920) : avocat à Aigle, député libéral (1890), conseiller d'Etat en charge du Département militaire (1893) puis de celui de justice et police (1900), conseiller national (1917). Jean Marc Spothelfer, *Les Zofingiens. Livre d'or de la Section vaudoise*, Cabédita, Yens-sur-Morges, 1995, n.p.

¹¹⁴ Laurent Tissot, *Politique...*, op. cit., p. 62.

relations professionnelles, politiques, familiales et philanthropiques qu'ils entretiennent, ils assurent l'interaction entre les diverses institutions médicales du canton et en font par ce fait un système hospitalier. Le cas genevois montre au contraire que la coexistence de réseaux médicaux libéral et radical concurrents joue en défaveur d'un tel type d'organisation. L'histoire de la médecine hospitalière genevoise aux 19^e et 20^e siècle est ainsi celle d'un affrontement entre deux systèmes hospitaliers concurrents, l'un privé et libéral, et l'autre radical et public. En effet, durant la seconde partie du 19^e siècle, suite à la révolution fazyste de 1845, les nouvelles autorités politiques mettent sur pied un Hôpital cantonal (1856) puis une Faculté de médecine (1873), deux institutions qui s'affirment comme des hauts-lieux de la médecine triomphante, de l'égalitarisme républicain et du népotisme radical. Ce volontarisme étatique entraîne rapidement la réaction des anciennes familles patriciennes, attachées à l'Hôpital général d'Ancien Régime, ainsi qu'à une conception philanthropique et paternaliste de la médecine hospitalière. Les élites libérales créent ainsi leur propre système hospitalier destiné à entrer en concurrence des institutions publiques (Infirmierie Butini pour femmes et enfants 1859, Maison Gourgaz pour enfants malades 1869, Hôpital ophtalmique Rothschild 1874, Infirmierie du Prieuré pour hommes 1876, etc.)¹¹⁶.

La première institution dans laquelle est décentralisé un enseignement universitaire est l'Asile des aveugles, qui accueille dès 1890 la clinique ophtalmologique. Ce rapprochement se fait dans la continuité d'une longue tradition de collaboration entre le Département de l'Intérieur et le Dr Frédéric Recordon, premier spécialiste en ophtalmologie du canton de Vaud. Ce dernier s'est intéressé à cette branche dès son internat à l'Hôpital cantonal en 1837¹¹⁷ et devient le premier médecin-chef de l'Asile des aveugles (1843-1880). Il fait en parallèle carrière dans l'administration cantonale : il est membre du Conseil de Santé (1863-1882) et de la Commission des Secours publics – qui gère entre autres l'Hôpital cantonal (1858-1861). Il est aussi chef du Service sanitaire (1857-1885) et professeur de médecine légale (1862-1869) puis d'hygiène (1869-1874) à l'Académie. Les liens entre secteurs privé et public sont entretenus et développés par son successeur, le Dr Marc Dufour, médecin-adjoint (1869) puis médecin-chef (1880) de l'Asile des aveugles. Promoteur de la Faculté de médecine, il fait "naturellement" de son Asile la clinique ophtalmique de la Faculté, avec l'appui de la

¹¹⁵ ACV, Dossiers ATS ; Olivier Robert et Franceso Panese, *Dictionnaire...*, op. cit.

¹¹⁶ Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit.

¹¹⁷ « Désirant s'occuper du traitement des maladies des yeux [il] demande qu'on lui assigne à cet effet huit lits qui seraient destinés à des cas graves de maladies de ce genre et principalement des opérations. » ACV, K VIII B 18, lettre de la Commission des Hospices au Conseil de Santé, 12 septembre 1837.

commission administrative de l'Asile, qui affirme en 1888 que « la création à Lausanne d'une Université comprenant le cycle complet des études médicales nous imposait un devoir, celui d'offrir à l'Etat la possibilité d'avoir dans notre hôpital une clinique ophtalmologique. »¹¹⁸

Aux gains en terme de prestige et de reconnaissance universitaire s'ajoute la contribution financière de l'Etat qui se monte à 4'000 francs par an¹¹⁹.

Une seconde convention est signée en 1892 avec le Dispensaire central pour l'enseignement de la polyclinique – médicale et chirurgicale – mais on ne prévoit pas d'organiser de visites à domicile pour les étudiants « afin de ne pas empiéter sur la clientèle privée des médecins. »¹²⁰

Cette institution devient la Polyclinique universitaire et est confiée à un ami de César Roux, le Dr Paul Demiéville. Elle est à la fois un lieu important de la médecine sociale et préventive à Lausanne – avec l'arrivée du Dr Charlotte Olivier à la tête du Dispensaire antituberculeux (1911)¹²¹ – et un lieu d'enseignement de la médecine ambulatoire aux étudiants.

Enfin, la question de l'Hospice orthopédique comme lieu d'enseignement universitaire a été largement évoquée ci-dessus¹²². Rappelons que c'est sous la direction médicale de Placide Nicod que se met en place une véritable collaboration entre cet établissement et l'Etat et que celle-ci se renforce à la fin des années 1920 avec la construction d'un nouvel édifice aux abords de l'Hôpital cantonal.

Quant à la pédiatrie, elle n'est pas délocalisée à l'Hospice de l'Enfance. Un service de pédiatrie est en effet mis en place à l'Hôpital cantonal en 1898, avec le prof. Combe à sa tête. Les raisons de cette exception ne sont pas connues¹²³. On peut toutefois penser que la présence du Dr Victor Mercanton au poste de médecin-chef de l'Hospice de l'Enfance n'est pas un facteur favorable à un rapprochement avec la Faculté de médecine. En effet, Mercanton accède à cette place à son départ du Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal, lorsque les autorités hospitalières décident de supprimer l'un des deux postes de chirurgiens en prévision de l'ouverture de la Faculté de médecine et accordent la place à César Roux. Dans ces conditions, il est alors fort probable que Mercanton, mis sur la touche, ne cherche pas à revenir dans les institutions médicales cantonales.

¹¹⁸ Fondation de l'Asile des aveugles, rapport annuel, 1888, p. 15.

¹¹⁹ Cette somme représente 5.9% des dépenses d'exploitation en 1890 et 5.6% en 1900. Source : Asile des aveugles, rapports annuels 1890 et 1900.

¹²⁰ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 2 février 1892.

¹²¹ Geneviève Heller, *Charlotte Olivier...*, op. cit.

¹²² Voir chapitre 1, pp. 57ss.

¹²³ Ni les archives de l'administration cantonale, ni celles de l'Hospice de l'Enfance ne mentionnent des velléités de rapprochement durant cette période.

Tentative de centralisation (1910-1920)

La sous-traitance de certains enseignements et le désir de croissance des nouveaux services médicaux nés avec la Faculté de médecine font craindre aux autorités hospitalières une certaine dispersion de l'établissement, voire son éclatement. Après une vingtaine d'années de forte croissance, les autorités politiques (Départements de l'Intérieur et de l'Instruction publique) et universitaires (Faculté de médecine) tentent de maîtriser la tendance centripète. Les années 1910 voient un effort de centralisation à l'intérieur de l'Hôpital cantonal.

Il y a tout d'abord la question de l'enseignement de l'ophtalmologie. Le décès du prof. Dufour en 1910 est l'occasion de rapatrier la clinique ophtalmique au sein de l'Hôpital. Les hommes forts de l'Hôpital, tels que les prof. Dind et Roux, sont personnellement impliqués dans ce processus, qu'ils favorisent. Ainsi que l'explique le prof. Samuel Eperon¹²⁴ lors de sa nomination au poste de médecin-chef dans une lettre adressée chef du Service sanitaire en 1910 : « J'ai l'honneur de vous confirmer ce que je vous ai dit de vive voix touchant l'entretien que j'ai eu avec M. le Dr Dind, savoir qu'il était disposé à me céder deux salles de malades dans son service au sous-sol de l'Hôpital cantonal. Il ajoutait, toutefois, que, comme l'initiative de la création d'un service d'ophtalmologie à l'Hôpital cantonal provenait (en partie du moins) de M. le prof. Roux, il demanderait que, comme compensation, ce dernier lui remit un certain nombre des malades urinaires de sa division. »¹²⁵ Toutefois, ce rapatriement n'est que de courte durée, puisqu'à la mort du prof. Eperon en 1920, des relations sont reprises avec l'Asile des aveugles. Le manque de place à l'Hôpital cantonal et de moyens financiers joue alors en faveur de la sous-traitance.

Dans le même ordre d'idées, les autorités hospitalières adoptent en 1913 la fonction de médecins-assistants – appelés aussi médecins-adjoints – pour le Service de médecine interne¹²⁶, à l'exemple du système allemand de l'*Oberarzt* : il s'agit d'un médecin diplômé, plus expérimenté qu'un interne, qui seconde et décharge le médecin-chef. Cette fonction permet de conserver l'unité du service, ce qui n'est pas le cas avec la constitution de seconds services de médecine et de chirurgie, comme on en met par exemple sur pied à Genève¹²⁷, et qui débouchent sur la nomination de plusieurs médecins-chefs dans une même branche, avec

¹²⁴ Samuel Eperon (1857-1920) : médecin spécialisé en ophtalmologie, privat-docent à l'Université de Lausanne (1892), membre de l'Helvetia. Jean-Pierre Chuard, *Helvétia : livre d'or de la section vaudoise : 1847-1982*, Lausanne, 1983, p. 300.

¹²⁵ ACV, K VIII B 98, lettre du Dr Eperon au Dr Morax, chef du Service sanitaire, 30 septembre 1910.

¹²⁶ BGC, 12 novembre 1913. En ce qui concerne le Service de chirurgie, les médecins-adjoints font leur apparition dans les années 1930.

¹²⁷ Les autorités hospitalières de l'Hôpital cantonal de Genève résolvent en effet la question de la croissance des hospitalisations par la création de seconds services de médecine et de chirurgie. Roger Mayer, « Il y a 75 ans naissait le second service de médecine de l'Hôpital cantonal de Genève », in *RMSR*, 1991, pp. 901-928.

tous les problèmes relationnels et organisationnels que cela peut impliquer. Malgré certaines voix favorables à la mise sur pied de seconds services à Lausanne, essentiellement pour garantir la liberté d'enseignement qui n'est pas garantie avec le système du médecin-adjoint (soumis à l'autorité du chef de service), le Grand Conseil choisit cette seconde solution afin d'éviter la multiplication des services. De cette manière, « la centralisation administrative et l'unité de doctrine scientifique [...] assuraient un ordre et une stabilité. »¹²⁸

Enfin, les divers laboratoires de l'Hôpital sont l'objet d'une centralisation à la fin des années 1910¹²⁹. Lorsque le Dr Louis Michaud est nommé professeur de clinique médicale en remplacement de Bourget (1913), la situation des laboratoires d'analyses est désordonnée. Chaque service hospitalier possède une installation minimale et la collaboration entre eux est inexistant. Il est vrai que les enjeux financiers des analyses de laboratoire sont bien moins importants que ceux de la radiologie : les comptes de l'Hôpital tels qu'ils sont publiés n'isolent pas les recettes des laboratoires, ni leurs dépenses avant 1938. Michaud a été formé à l'école allemande et est un fervent partisan de la bactériologie¹³⁰. Il a fait ses études à la Faculté de Berne et a réalisé sa thèse en médecine et biologie chez les prof. Sahli et Langhans dont il a été assistant (1902-1906). Il s'est ensuite perfectionné chez les prof. Luthje à Francfort et Krehl à Heidelberg (1906-1910). Lors de sa nomination à Lausanne, le CSH lui promet la direction d'un Laboratoire central pour ses recherches médicales mais les choses tardent à se concrétiser, d'autant plus que les laborantins de la clinique médicale sont partis à la Faculté des sciences après le décès de Bourget¹³¹. Dans l'attente d'une solution, les analyses se font dans le cadre du Service de contrôle des denrées alimentaires – dépendant du Département de l'Intérieur – ce qui entraîne à l'occasion des conflits avec la Confédération qui subventionne ce laboratoire¹³². Finalement, le Conseil d'Etat décide en 1916 la création d'un laboratoire de chimie commun aux Facultés des sciences et de médecine, dirigé par un chimiste directement placé sous l'autorité d'un prof. de chimie. En compensation, les divers services de l'Hôpital peuvent conserver leurs installations pour les analyses courantes. Ce laboratoire est financé en partie par le Département de l'Instruction publique mais trouve bientôt l'essentiel de son financement auprès d'une clientèle privée : les médecins lausannois y recourent pour leurs analyses privées. Michaud utilise aussi lui-même ce laboratoire pour

¹²⁸ Laurent Tissot, *Politique...*, op. cit., p. 173.

¹²⁹ ACV, K VIII B 113 et S 73.

¹³⁰ Sur les conditions de sa nomination, voir chapitre 1, p. 77. Sur Michaud, voir Olivier Robert et Franceso Panese, *Dictionnaire...*, op. cit., pp. 860-861 et la plaquette *Louis Michaud, 1880-1956*, Bâle, Benno Schwab & Cie, 1957, 70 p.

¹³¹ ACV, K VIII B 6, protocole du CSH, 1916.

les analyses de la clinique médicale, ce qui entraîne rapidement un surcoût imprévu. Malgré plusieurs tentatives de réorganisation des laboratoires au cours des années 1920 et 1930, l'institut de chimie continue de faire des analyses pour l'Hôpital cantonal jusqu'en 1942, lorsque le laboratoire de bactériologie (Faculté de médecine) prend le relais.

Ces diverses tentatives centralisatrices visent à assurer le contrôle du développement de la médecine hospitalière. Cette volonté se heurte dans l'entre-deux-guerres à des difficultés matérielles qui empêchent l'Etat de prendre seul en charge la croissance de l'infrastructure hospitalière. C'est alors l'apport du secteur privé qui s'avère déterminant dans le redéploiement de l'Hôpital cantonal.

3. Privatisations et rationalisations (1920-1950)

L'entre-deux-guerres est une période d'éclatement de l'Hôpital cantonal en direction de multiples établissements médicaux spécialisés. On assiste à une véritable diversification de la médecine hospitalière qui se fait dans le sens d'une division horizontale du travail, matérialisée par la construction de nouveaux bâtiments ad hoc. Si chacune de ces unités connaît elle-même une forte rationalisation du travail¹³³, elles appartiennent toutes à un ensemble institutionnel commun, l'Hôpital cantonal. La direction administrative et le Département de l'Intérieur travaillent à la rationalisation de cet ensemble polymorphe, dans le but d'assurer son fonctionnement et de dégager les ressources financières nécessaires.

Le renforcement de la direction administrative

L'Hôpital cantonal connaît durant l'entre-deux-guerres un changement d'échelle que l'on peut qualifier d'éclatement, aussi bien au niveau quantitatif que qualitatif. La capacité d'accueil est un bon indicateur du développement général de l'établissement : entre 1910 et 1950, le nombre de lits passe de 525 à 1'158, soit une hausse de 120%. La croissance se mesure aussi en terme d'unités autonomes de soins. Les divers services hospitaliers sortent des murs de l'Hôpital et s'organisent au sein de bâtiments propres. Une véritable "cité hospitalière" voit le jour sur les hauts de Lausanne, aux abords directs de l'Hôpital cantonal. Alors que l'on ne

¹³² La Confédération prend en charge les analyses alimentaires mais refuse de participer seule au financement d'une infrastructure utilisée par la clinique médicale de l'Hôpital cantonal. Ibidem.

¹³³ Voir le cas de la rationalisation du Service de chirurgie sous la direction du prof. Decker, chapitre 1.

dénombrer que trois bâtiments principaux¹³⁴ en 1916 (Hôpital, Policlinique, Maternité), il y en a dix en 1950 (Hôpital, Policlinique, Maternité, Pavillon Bourget, Institut de physiologie, Hospice orthopédique, Hospice Sandoz, Pavillons d'isolement, Hôpital Nestlé, Institut de pathologie), auxquels il faut ajouter quelques agrandissements de conséquence (Clinique chirurgicale, Hôpital Rossier).

La croissance des hospitalisations n'est toutefois plus aussi dynamique qu'elle l'était durant la période 1883-1914. Le nombre de malades stagne aux alentours de 8'000 par année jusque vers 1935, puis présente une forte croissance à la fin des années 1930, atteignant près de 14'000 hospitalisations par année après 1945¹³⁵. Les difficiles années 1920-1935 s'expliquent autant par le contexte socio-économique que par des données propres au système hospitalier. D'une part, l'Hôpital cantonal est saturé et ne peut augmenter sa capacité d'accueil que par la construction de nouveaux bâtiments, qui interviennent essentiellement au cours des années 1930 (Hôpital Nestlé, Hôpital Rossier, etc.). D'autre part, il faut compter avec la concurrence des hôpitaux régionaux et des cliniques privées lausannoises qui connaissent une forte modernisation de leur infrastructure au cours de l'entre-deux-guerres. Les hôpitaux régionaux sont en effet l'objet d'une profonde réorganisation suite à l'arrivée d'une nouvelle génération de chirurgiens, notamment formés chez César Roux, désireux de mettre en pratique les savoirs acquis chez leur maître. Sous leur impulsion, les infirmeries locales perdent leur caractère philanthropique et deviennent de véritables hôpitaux équipés de matériel de haute technicité. Quant aux cliniques privées, elles connaissent un changement similaire.

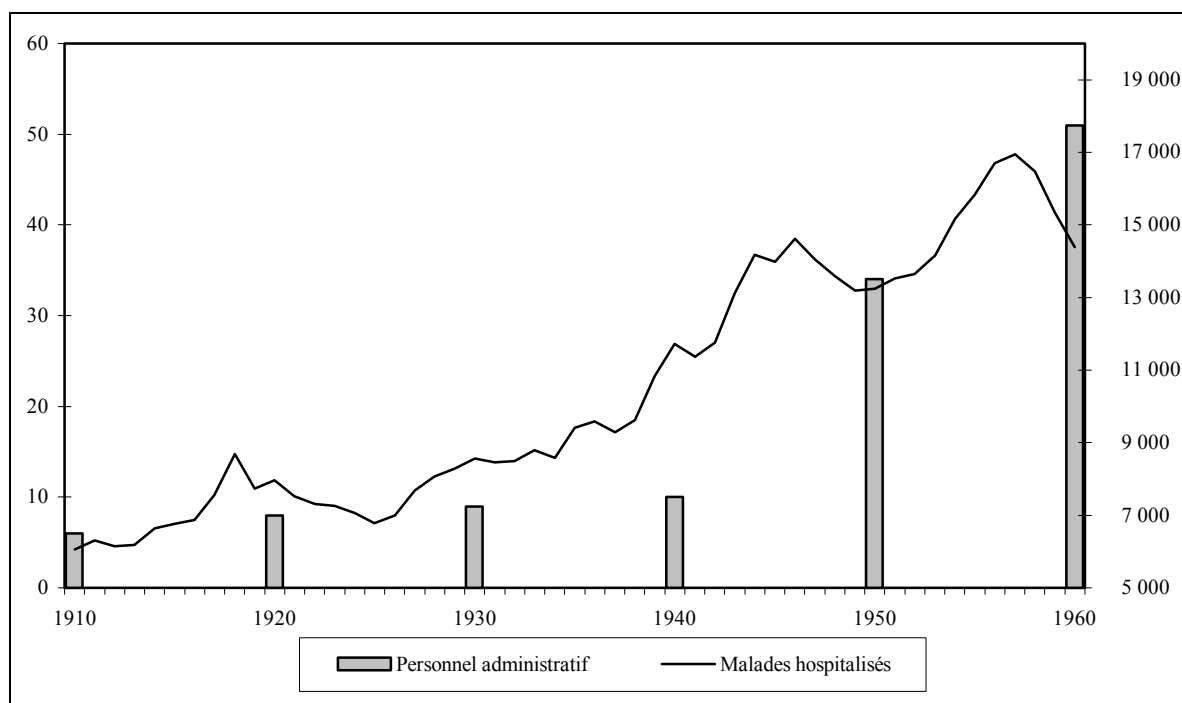
La gestion de l'Hôpital cantonal devient ainsi plus lourde et plus complexe. Il faut en effet assurer l'administration d'un établissement en permanente croissance et, surtout, de plus en plus hétérogène, dans un environnement devenu fortement concurrentiel. Conséquence de cette évolution, l'équipe administrative aux côtés du directeur s'accroît. Relativement stable jusqu'à la fin des années 1930 (entre 5 et 9 personnes aux côtés du directeur), la direction administrative connaît une très forte croissance par la suite, dans la foulée d'un très fort développement de l'Hôpital au cours des années 1930 (ouverture de nouveaux bâtiments, débuts de la recherche, croissance des hospitalisations, etc.). On dénombre ainsi 33 fonctionnaires aux côtés du directeur en 1950 et 50 en 1960. La direction administrative est elle-même rationalisée à la fin des années 1940, avec l'autonomisation des services de

¹³⁴ Je ne tiens pas compte ici des diverses petites annexes construites aux côtés des bâtiments principaux, comme les quatre petits pavillons situés derrière l'Hôpital et construits en 1875, qui abritent des pavillons d'isolement et la maternité pour l'un d'entre eux.

¹³⁵ CRCE, Département de l'Intérieur, 1920-1950.

l'économet, de la comptabilité, du personnel et du contentieux¹³⁶. Le développement de la bureaucratie hospitalière répond ainsi autant à un besoin accru en personnel pour faire face à l'augmentation des hospitalisations, particulièrement dans les années 1940, qu'à la nécessité d'assurer le fonctionnement d'une institution dont les tâches administratives se complexifient à la fin de l'entre-deux-guerres. Il n'y a en effet pas véritablement de corrélation entre l'évolution des hospitalisations et le développement de l'équipe administrative, qui semble en grande partie découler de la complexification de l'organisation hospitalière.

Tab. 17 *Personnel administratif de l'Hôpital cantonal et nombre de malades hospitalisés, 1910-1960*¹³⁷



Cette croissance permet une forte autonomisation de l'Hôpital par rapport au Département de l'Intérieur. En effet, le Service des Secours publics – appelé Service des Hospices dès 1938 – reste très limité¹³⁸. Jusqu'en 1945, il ne comprend que 5 fonctionnaires au total, soit un nombre qui n'a pas évolué depuis les années 1860. Leur nombre augmente quelque peu au cours de la période 1945-1960, puisque l'on rencontre 8 fonctionnaires en 1950 et 11 en 1960. Ces personnes ont toutefois pour tâche première l'organisation d'une nouvelle politique

¹³⁶ Voir ci-dessous, pp. 191ss

¹³⁷ Annuaire officiel du canton de Vaud, 1910-1960 et CRCE, Département de l'Intérieur, 1910-1960.

¹³⁸ Annuaire officiel du canton de Vaud, 1860-1960.

d'hospitalisation. Elles n'interviennent que très peu dans les affaires internes de l'Hôpital cantonal.

Les relations entre le Département de l'Intérieur et l'Hôpital sont toutefois excellentes et entretenues par le choix des directeurs, qui sont tous issus d'un service ou d'une commission du Département de l'Intérieur. Hormis le cas de Louis Mermoud évoqué ci-dessus, soulignons que Jules Nicoud a commencé sa carrière comme secrétaire au Département de l'Intérieur, avant de devenir chef de bureau au Service sanitaire (1919) et directeur-adjoint de l'Hôpital (1928). Quant à Rodolphe Rubattel, licencié en droit et directeur de la *Feuille d'avis de Lausanne* (1925) puis de *La Revue* (1932), il siège depuis 1932 au CSH qui le choisit sept ans plus tard pour diriger l'Hôpital. Enfin, Emile Cottier commence sa carrière administrative à 18 ans comme employé au Registre foncier d'Orbe (1908), puis comme secrétaire au Département militaire fédéral (1909), avant d'entrer dans l'administration cantonale vaudoise au Bureau de police du commerce (1919). Il devient ensuite secrétaire (1933) puis chef (1937) du Service des secours publics.

Tab. 18 Directeurs de l'Hôpital cantonal, 1909-1953¹³⁹

Nom	Période de fonction
Louis Mermoud (1861-1945)	1909-1929
Jules Nicoud	1930-1938
Rodolphe Rubattel (1896-1961)	1939-1945
Emile Cottier (1890-1981)	1946-1953

La tâche principale de la direction de l'Hôpital est certes d'assurer le fonctionnement au quotidien de l'établissement, mais elle est aussi chargée de mettre en œuvre une politique hospitalière qui se veut à la fois ambitieuse dans ses projets et restrictive à un niveau financier. Il lui faut donc gérer la croissance hospitalière dans un cadre matériel très restreint, sur fond de retrait des pouvoirs publics et de concurrence accrue avec les autres établissements hospitaliers.

La concurrence nouvelle des cliniques privées

Dans les années 1880-1920, les cliniques privées sont majoritairement détenues par des professeurs de médecine¹⁴⁰. En ville de Lausanne, c'est notamment le cas des prof. Bourget,

¹³⁹ Annuaire officiel du canton de Vaud, 1909-1953. Les informations biographiques sur les directeurs de l'Hôpital proviennent des dossiers ATS conservés aux ACV.

¹⁴⁰ La situation est identique à Genève. Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., p. 166.

Dufour, Roux et Nicod qui possèdent tous au moins une clinique dans laquelle ils hospitalisent leur clientèle privée et d'où ils tirent l'essentiel de leurs revenus¹⁴¹. Les hôpitaux sont encore mal organisés pour recevoir la clientèle privée des professeurs – l'Hôpital cantonal ne compte que 15 lits de pensionnaires en 1901 – et la clinique privée est complémentaire de l'établissement public cantonal.

Au cours de l'entre-deux-guerres, on assiste à un double mouvement d'ouverture de l'Hôpital cantonal à la clientèle privée et de redéploiement des cliniques privées qui met fin à leur complémentarité. Avec l'ouverture des hôpitaux à la clientèle aisée, les cliniques privées ont tendance à changer de nature au cours des années 1920 et 1930 : elles deviennent le lieu de travail des médecins qui n'ont pas accès aux hôpitaux modernisés et ont besoin de la nouvelle infrastructure médico-technique. A Lausanne, il n'y a pas d'émergence de grandes cliniques privées collectives, mises en place par le corps médical dans son ensemble, comme c'est le cas par exemple à Genève (Clinique générale SA, fondée en 1899¹⁴²) ou à La Chaux-de-Fonds (Clinique de Montbrillant SA). Plusieurs cliniques sont toutefois modernisées ou créées à cette période et se caractérisent par leur ouverture à un grand nombre de médecins. Elles deviennent de véritables concurrentes pour l'Hôpital cantonal, dans la course à l'hospitalisation des malades aisés, et donc rentables.

Réorganisation de La Source

La Clinique Beaulieu est un établissement privé que le Dr Charles Krafft, disciple de Roux, fonde à son arrivée à la tête de l'école d'infirmières de La Source en 1891. Cette clinique privée, ouverte dans le complexe architectural de La Source, a pour but d'offrir des stages pratiques aux élèves infirmières. Or, la juxtaposition de ces deux établissements n'est pas sans poser une confusion. Krafft explique en 1896 aux administrateurs de l'école que cette clinique est la sienne et que les pensions payées par ses malades ne doivent pas être remises à La Source. En effet, la clinique « est une propriété particulière, elle est installée dans une maison pour laquelle je paye un loyer, elle a été créée à mes frais, à mes périls et risques, elle est meublée et entretenue complètement à mes frais, elle est dirigée par une personne qui est à ma solde, elle est occupée par les malades de ma clientèle particulière ; il n'y a donc aucun motif

¹⁴¹ En 1890, la clientèle privée rapporte 15'000 francs de revenus déclarés au prof. Marc Dufour (contre un salaire annuel de professeur de 1'600 francs) et 11'200 francs au prof. César Roux (5'776 francs). Voir Dominique Dirlewanger et Catherine Fussinger, « Les nécrologies des médecins romands : une autopsie du corps médical », in *Revue historique vaudoise*, 1995, p. 229.

¹⁴² Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit. pp. 167-169.

quelconque pour que La Source relève un bénéfice quelconque de la Clinique de Beaulieu. »¹⁴³

Au décès du Dr Charles Krafft (1921), l'Ecole de La Source est profondément restructurée. Elle achète en 1922 la Clinique Beaulieu aux héritiers de Krafft. Au niveau organisationnel, les fonctions de directeur administratif et de médecin-chef sont dissociées. On assiste au retour de pasteurs au poste de directeur¹⁴⁴. Quant au service médical, il est lui-même scindé entre un responsable de la chirurgie et de la gynécologie, le Dr Henry-César Krafft, fils du défunt, et un autre pour la médecine interne, le Dr Henri Tecoz. Mais le véritable changement de la clinique réside dans son ouverture au corps médical agréé : 33 médecins y soignent leurs patients en 1923, 42 en 1925 et 57 en 1926¹⁴⁵. Le nombre de journées d'hospitalisation, qui était de 1'390 en 1896, passe à 4'551 en 1922 et à 7'965 en 1925. Cette ouverture de la clinique au corps médical a pour but de créer de nouvelles ressources afin de financer l'école. En 1924, le directeur Vuilleumier affirme déjà que c'est la clinique qui permet l'équilibre financier du tout : « La Clinique seule nous a protégés de gros déficits. »¹⁴⁶ Les revenus de la clinique représentent en effet 23.7% des ressources d'exploitation totales en 1930, 40.1% en 1940 et 77.6% en 1950¹⁴⁷. La concurrence avec l'Hôpital cantonal s'accroît au cours des années 1940 et 1950. Plusieurs anciens assistants du prof. Decker y développent certaines spécialités chirurgicales – notamment la chirurgie à cœur ouvert – pour lesquelles ils n'obtiennent pas les moyens demandés à l'Hôpital. L'un d'entre eux, le Dr Jean-David Buffat, devient même en 1955 président du conseil d'administration de La Source.

Ouverture de la Clinique Cecil

La Clinique Cecil est sans doute l'établissement privé qui entre en plus grande concurrence avec l'Hôpital cantonal. Elle est ouverte en 1931 dans l'ancien Hôtel Cecil mis en faillite deux ans plus tôt. Le réaménagement d'un ancien hôtel de luxe en clinique illustre tout à fait l'importance déterminante du tourisme médical en ville de Lausanne. Le directeur

¹⁴³ ALS, D3-200 1/2, procès-verbaux de la Délégation, 28 avril 1896.

¹⁴⁴ Maurice Vuilleumier (1922-1939) et Pierre Jaccard (1940-1950). De l'ouverture de l'école en 1859 à l'arrivée du Dr Krafft en 1891, la direction de l'école est occupée par des pasteurs.

¹⁴⁵ L'ouverture de La Source à un si grand nombre de médecins n'est pas sans poser de problèmes aux administrateurs qui voient échapper une part de leur contrôle sur l'établissement. Ainsi, une polémique éclate en 1923 entre Maurice Barbey, membre du conseil d'administration et neveu de la fondatrice, et le pasteur Vuilleumier, directeur, parce que ce dernier a autorisé le Dr Jeanneret-Minkine, ouvertement communiste, à pratiquer à La Source. Barbey parle de « l'antinomie complète entre la conception chrétienne de la Source telle que l'a voulue ma Tante, et la communion ouverte du Dr Jeanneret avec le régime qui a fait de la Russie soviétique le champ de carnage où la notion du Christ et de ses enseignements sont anéantis. » ALS, D3-306.1, lettre de Maurice Barbey au pasteur Vuilleumier, 28 mai 1923.

¹⁴⁶ ALS, rapport du Directeur pour l'exercice 1924, *La Source*, 1925/4.

administratif de l'établissement entre 1935 et 1968, H. Platel, est d'ailleurs l'ancien directeur du Grand Hôtel de Leysin et préside en 1938 la Société des Hôteliers de Lausanne-Ouchy¹⁴⁸. L'intérêt et l'originalité de la Clinique Cecil résident toutefois dans son ouverture très large au corps médical. Elle permet à bon nombre de médecins qui n'ont pas accès à l'infrastructure médico-technique de l'Hôpital cantonal (radiologie, salle d'opérations, etc.) d'hospitaliser leur clientèle privée dans un cadre moderne, et en premier lieu au propriétaire de la clinique, le Dr Charles Thélin¹⁴⁹. Après ses études de médecine à Lausanne, il s'est en effet spécialisé en gynécologie lors de stages à la maternité de l'Hôpital cantonal et donne des cours dans cette branche en tant que privat-docent, mais n'a pas accès à l'Hôpital cantonal pour l'hospitalisation de ses malades. Très engagé dans la défense des intérêts professionnels du corps médical, il est président de l'Association des médecins lausannois. Après avoir pratiqué au cours des années 1920 dans le cadre de la petite clinique de Mont-Riant, il désire moderniser son cadre de travail et rachète en 1930 l'Hôtel Cecil, pour une somme de 1.3 million de francs¹⁵⁰, qu'il fait transformer en clinique par un spécialiste des questions hospitalières, l'architecte lausannois Georges Epitoux¹⁵¹. Peu après l'ouverture de l'établissement, il envoie une circulaire à ses confrères médecins dans laquelle il précise : « Notre salle de R. X est toujours à votre disposition pour toute la radiologie osseuse, pulmonaire et gastro-intestinale. Nous sommes, en outre, commodément installés pour diverses investigations introduites au cours de ces dernières années : pyélographies, hystéro-salpingographies, recherches sur la vésicule biliaire, mise en évidence des ventricules cérébraux, détermination de la perméabilité du canal rachidien. La Clinique possède l'instrumentation nécessaire à ces examens. [...] Nous rappelons aussi à votre bienveillant souvenir nos installations de physiothérapie : radiothérapie, diathermie, lampe de quartz, galvanisation et faradisation. Nos appareils sont de bonne qualité, de fonctionnement sûr. [...] Enfin, peut-être vous sera-t-il utile de savoir que nous possédons un cystoscope et un rectoscope de très bonnes marques. Ces instruments, d'un usage relativement rare en pratique privée, nous ont paru avoir leur place toute naturelle dans l'instrumentation d'une clinique générale. »¹⁵²

¹⁴⁷ ALS, journal *La Source*, 1930, p. 23 ; 1940, p. 18 ; 1950, p. 17.

¹⁴⁸ ALS, E1-7, lettre du directeur Vuilleumier à Platel, directeur de Cecil, 31 août 1938.

¹⁴⁹ Charles Thélin (1881-1935) : médecin spécialisé en gynécologie, établi à Lausanne, père du chirurgien Paul-Henri Thélin (assistant du prof. Decker). *Belles-Lettres de Lausanne. Livre d'or du 175^e anniversaire, 1806-1981*, Lausanne, Belles-Lettres, 1981, pp. 233-234.

¹⁵⁰ *FOSC*, 1930.

¹⁵¹ Voir chapitre 3, p. 263.

¹⁵² Archives de la Clinique Cecil, circulaire non datée [1931-1935].

La modernité de la Clinique Cecil et son ouverture au corps médical en font rapidement un établissement qui entre en concurrence directe avec l'Hôpital cantonal. Ce dernier doit alors adapter ses tarifs pour malades privés et rénover son installation radiologique, afin de rester un établissement compétitif sur le marché des soins privés. Pourtant, aussi paradoxal que cela puisse paraître, les médecins-chefs de l'Hôpital cantonal pratiquent aussi à l'occasion à Cecil, à l'exemple du prof. Rosselet, chef du Service de radiologie de l'Hôpital cantonal, qui s'occupe aussi de l'installation radiologique de Cecil dans les années 1930 et 1940¹⁵³.

Enfin, la clinique privée est un lieu fermé qui permet à l'occasion des pratiques éthiquement réprouvées, voire illégales, dans un cadre discret. C'est notamment le cas d'avortements, effectués en masse à Cecil dans les années 1940, principalement par les Dr Paul Mercanton¹⁵⁴ et Jean Imer¹⁵⁵. Associés au prof. Marc-Henri Thélin¹⁵⁶, ils mettent au point « une véritable industrie »¹⁵⁷, pratiquant plusieurs centaines d'avortements clandestins à l'abri des regards. Malgré la volonté déclarée des membres du CSH de faire toute la lumière sur l'affaire suite à un décès accidentel intervenu en 1949 – le Dr Cornaz déclare que « nous ne sommes pas ici les défenseurs de la Faculté »¹⁵⁸ – les amitiés politiques de Thélin prennent le dessus et l'affaire n'est pas ébruitée¹⁵⁹.

Plusieurs autres cliniques se développent dans l'entre-deux-guerres aux côtés de La Source et de Cecil¹⁶⁰. Parmi les plus connues, relevons la Clinique de Mont-Choisi, maternité de luxe ouverte par le prof. Rodolphe Rochat en 1929 ; la Clinique La Pensée, fondée par le prof. Bourget en 1905 et reprise en 1927 par un médecin de la famille royale d'Espagne, le Dr Robert Feissly¹⁶¹ ; la Clinique de Mornex SA, fondée en 1932 sur les restes de la Clinique Bonjour-Delorme par l'intervention de financiers lausannois¹⁶². En-dehors de Lausanne, il

¹⁵³ ACV, K VIII D 84, lettre DI à Rosselet, 5 août 1948.

¹⁵⁴ Paul Mercanton (?-1969) : médecin généraliste établi à Lausanne en 1922. ACV, Dossiers ATS.

¹⁵⁵ Jean Imer (1871-1955) : médecin généraliste établi à Lausanne en 1909, suspendu définitivement par le Conseil d'Etat en 1949. *Belles-Lettres...*, op. cit., p. 223 et ACV, S 73, 1949.

¹⁵⁶ Marc-Henri Thélin (1908-1989) : Dr en droit, professeur de médecine légale à l'Université de Lausanne et directeur de l'Institut de médecine légale (1945), député radical au Grand Conseil (1949). Olivier Robert et Francesco Panese, *Dictionnaire...*, op. cit., p. 1244.

¹⁵⁷ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 29 juin 1949.

¹⁵⁸ Ibidem.

¹⁵⁹ Thélin est un ami du conseiller d'Etat en charge de l'Intérieur, Gabriel Despland, qu'il a notamment côtoyé à la section lausannoise de l'Helvetia. Il ne sera jamais inquiété par cette affaire et ira jusqu'à s'intéresser durant sa longue carrière à l'éthique médicale.

¹⁶⁰ *FOSC*, 1900-1960.

¹⁶¹ Robert Feissly (1884-1966) : médecin, chef de clinique médicale chez le prof. Bourget, établi à Lausanne en 1911, privat-docent en 1945. Jean-Pierre Chuard, *Helvétia...*, op. cit., p. 367.

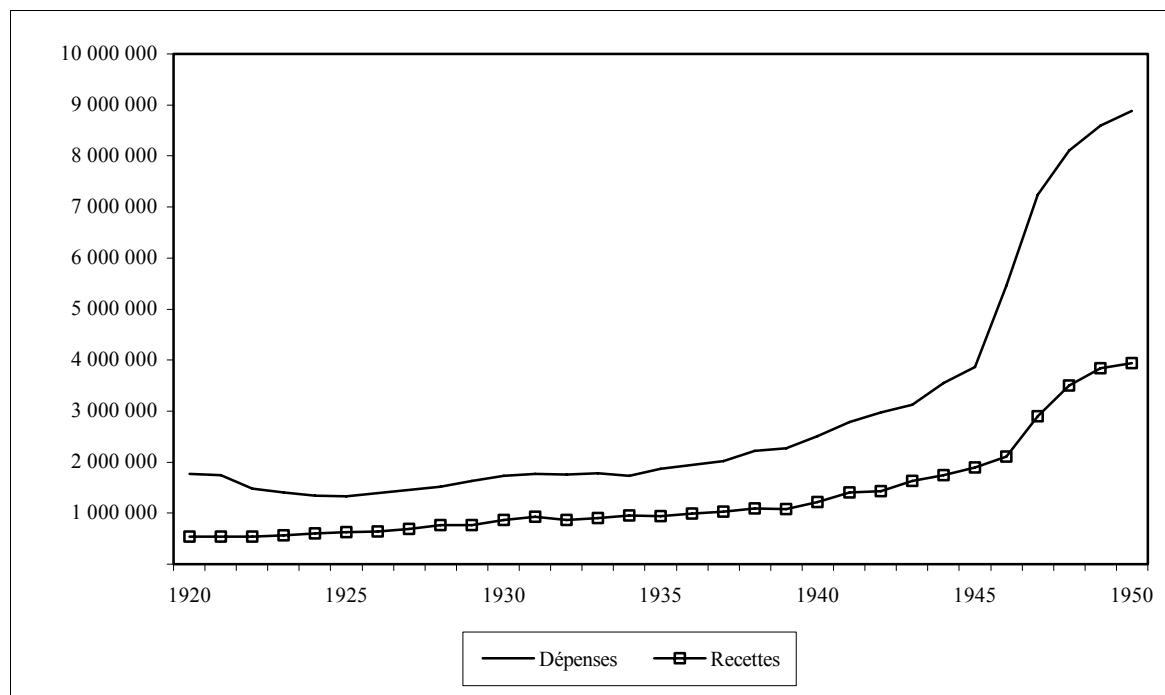
¹⁶² Le conseil d'administration de 1932 comprend le pharmacien Emile Zwicky, le négociant Henri Sydlar, ainsi qu'André Berdez, secrétaire du Comité international olympique (CIO). Cet établissement est acheté par d'autres promoteurs en 1937 et devient la Clinique des Charmettes SA.

faut relever la Clinique chirurgicale et générale de Subriey, à Vevey, qui prend son essor dans les années 1930 sous la direction du Dr Paul Brunet¹⁶³ ; et la Clinique La Prairie de Clarens-sur-Montreux des Drs Charles Perret et Paul Niehans jr. Tous ces établissements participent à l'accroissement de l'offre d'infrastructure de soins hospitaliers pour le corps médical et à la mise en place d'une concurrence dans l'hospitalisation des malades rentables entre les divers établissements.

Le financement de l'Hôpital : l'affirmation d'un nouveau système gestionnaire

L'Hôpital cantonal se situe donc dans un marché fortement concurrentiel dans l'entre-deux-guerres. La politique financière suivie par les autorités hospitalières depuis les années 1880, à savoir l'autonomisation financière de l'Hôpital, se situe tout à fait dans cette perspective. C'est en s'engageant dans la prise en charge de malades rentables que l'Hôpital peut amortir ses investissements et dégager de nouvelles ressources d'exploitation.

Graph. 6 Dépenses et recettes d'exploitation de l'Hôpital cantonal, en francs courants, 1920-1950¹⁶⁴



¹⁶³ Paul Brunet (1901-1968) : chirurgien établi à Vevey. Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

¹⁶⁴ CRCE, Département de l'Intérieur, 1920-1950.

L'évolution des dépenses est similaire à celle des hospitalisations et reste relativement stable jusqu'à la fin des années 1930. L'exploitation de l'Hôpital nécessite près de deux millions de francs par année. La forte hausse qui apparaît dès les années 1940 reflète aussi bien la forte inflation que le développement sous tous azimuts de l'établissement, si bien qu'on atteint des dépenses annuelles de l'ordre de 3.9 millions de francs en 1945 et 8.9 millions de francs en 1950. Cette croissance ne se fait toutefois pas au détriment de l'autonomie de l'Hôpital, puisque la couverture des dépenses par des ressources propres passe de 30.4% en 1920 à 49.8% en 1930. Pour la période 1930-1945, la proportion moyenne d'autofinancement est de 50.2%.

Ce succès gestionnaire est le fruit direct de la transformation du marché des soins hospitaliers dont la clientèle devient solvable. En effet, parmi les principales nouvelles ressources créées au cours de l'entre-deux-guerres figurent les pensions payées par les malades, ainsi que les recettes du service de radiologie.

Les pensionnaires en chambre commune remplacent la clientèle aisée

Jusqu'à la guerre de 1914-1918, l'Hôpital cantonal bénéficie de la réputation internationale dont jouit la médecine lausannoise. La clientèle privée est très nombreuse à se faire soigner par les professeurs tels que Roux ou Bourget, non seulement dans leurs cliniques privées mais aussi dans les services privés de l'Hôpital cantonal. Les pensions qu'ils payent à l'Hôpital sont en constante augmentation entre 1895 et 1914, passant de près de 20'000 francs par année au milieu des années 1890 à 57'980 de francs en 1913. Cette ressource représente en moyenne 27.1% du total des recettes d'exploitation pour les années 1895-1914¹⁶⁵. Les pensionnaires privés sont donc essentiels au fonctionnement de l'établissement.

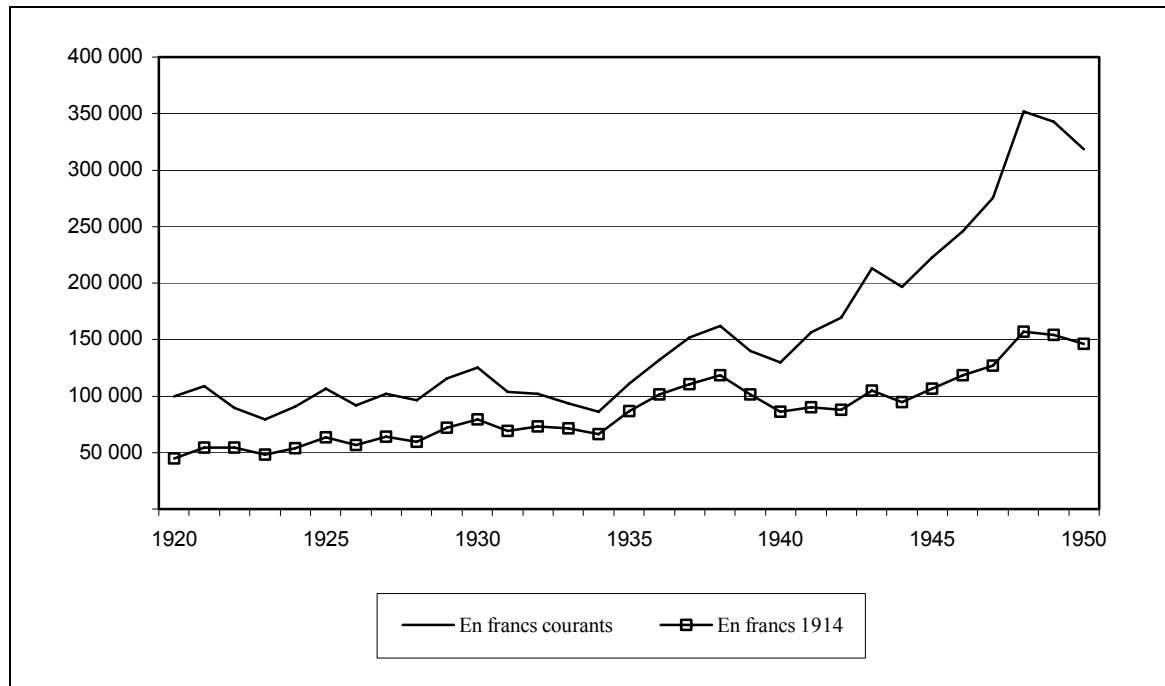
La situation est bien différente dans l'entre-deux-guerres. D'une part, la clientèle internationale se fait plus discrète, « en grande partie par le fait que certains médecins et chirurgiens ont voulu surfaire les prix, à l'égal de ceux des grands praticiens de Paris ou ailleurs » selon le Dr Delay¹⁶⁶, mais aussi parce que l'industrie touristique suisse est moins dynamique durant l'entre-deux-guerres qu'avant 1914. D'autre part, l'Hôpital cantonal se voit concurrencer de plus en plus sérieusement par les hôpitaux régionaux et les cliniques privées lausannoises. Les premiers connaissent en effet un profond mouvement de réforme qui les fait passer du stade philanthropique au stade industriel. Dirigés par une nouvelle génération de chirurgiens, souvent élèves de César Roux, ces établissements possèdent alors une

¹⁶⁵ CRCE, Département de l'Intérieur, 1895-1914.

¹⁶⁶ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 3 décembre 1930.

infrastructure (radiologie, salles d'opérations, etc.) aussi moderne, voire plus, que celle de l'Hôpital cantonal. Ils attirent ainsi à eux les malades aisés de la campagne vaudoise. De même, les cliniques privées deviennent de sérieux concurrents au cours des années 1930.

Graph. 7 Pensions des malades hospitalisés en chambre privée, 1920-1950¹⁶⁷



Conséquence de cette concurrence, les recettes en provenance des pensionnaires privés connaissent une stagnation entre 1920 et 1935. De même, si l'on tient compte de l'inflation, on remarque que la hausse des années 1935-1950 s'explique avant tout par la forte croissance des prix de ces années et ne diminue en rien la crise que connaît l'Hôpital avec sa clientèle privée. Comparativement aux recettes totales d'exploitation, les revenus de la clientèle privée sont en chute libre : ils passent de 26.3% en 1910 à 14.6% en 1930 et 8.1% en 1950.

La situation de l'Hôpital cantonal face à la concurrence des cliniques privées est ambiguë. Il y a tout d'abord une nécessité d'investir de manière permanente dans l'équipement médico-technique afin de rester un établissement "moderne" aux yeux du public. Ce sont des considérations de ce type qui expliquent dans une large mesure la modernisation du Laboratoire de radiologie par exemple. Or, ces investissements ont un coût et l'Hôpital, qui ne peut constamment augmenter ses prix de pensions au risque de voir fuir sa clientèle privée, se

¹⁶⁷ CRCE, Département de l'Intérieur, 1920-1950. L'indexation est calculée à partir des chiffres fournis dans l'*Annuaire statistique de la Suisse*, Berne, 1920-1950.

devrait d'augmenter sa capacité d'accueil pour cette clientèle. Mais la direction de l'Hôpital se heurte dans les années 1940 au puissant lobby médical, qui réclame aussi à la même époque la fin des consultations gratuites en polyclinique¹⁶⁸. Dans une lettre adressée en 1943 au Département des Finances qui lui propose d'augmenter le nombre de chambres de pensionnaires privés, le directeur de l'Hôpital fait part de son scepticisme car « les médecins de Lausanne s'élèvent avec vigueur contre toute augmentation de volume des services privés de l'Hôpital ; ils estiment que l'Etat n'a pas à faire concurrence à des cliniques privées [...] ». »¹⁶⁹

Dans ces conditions, les autorités hospitalières décident de mettre plus à contribution les malades hospitalisés en chambre commune (classes moyennes et populaires). Les journées gratuites des malades indigents passent de 50.6% des journées totales en 1914 à 34.6% en 1922 et la tendance s'est probablement confirmée par la suite¹⁷⁰. En effet, les pensions payées par ces malades présentent une forte tendance à la hausse, passant de 400'512 francs en 1920 à 684'270 francs en 1935 et 1.9 million de francs en 1950. Ces pensions représentent une part extrêmement stable des ressources hospitalières : 71.9% en moyenne pour la période 1920-1947. Ce sont donc bien les pensions de malades dits "ordinaires" qui permettent l'accroissement du taux d'autofinancement. Ce ne sont en revanche pas uniquement les malades eux-mêmes qui s'acquittent du prix de la pension. Les assurances-maladie font leur apparition au cours des années 1920 et 1930.

L'absence de données statistiques générales sur les assurances-maladies ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble du phénomène. Cependant, la Société vaudoise des secours mutuels (SVSM), qui regroupe un nombre important de sections dans l'ensemble du canton et compte de nombreux adhérents, est un bon exemple des interactions entre assurances et hôpitaux. A l'origine, les sociétés de secours mutuels n'ont pas pour but de prendre en charge les frais liés à l'hospitalisation – d'ailleurs non facturés en cas d'indigence – mais de combler le manque à gagner découlant de l'incapacité de travail pour les salariés (maladie ou accident). Cependant, au cours de l'entre-deux-guerres, plusieurs compagnies d'assurance et caisses de secours mutuels signent des accords avec les établissements hospitaliers afin de garantir des tarifs conventionnés pour leurs membres. La SVSM signe une convention de ce type avec l'Hôpital cantonal en 1930¹⁷¹.

¹⁶⁸ Voir ci-dessous, pp. 189ss.

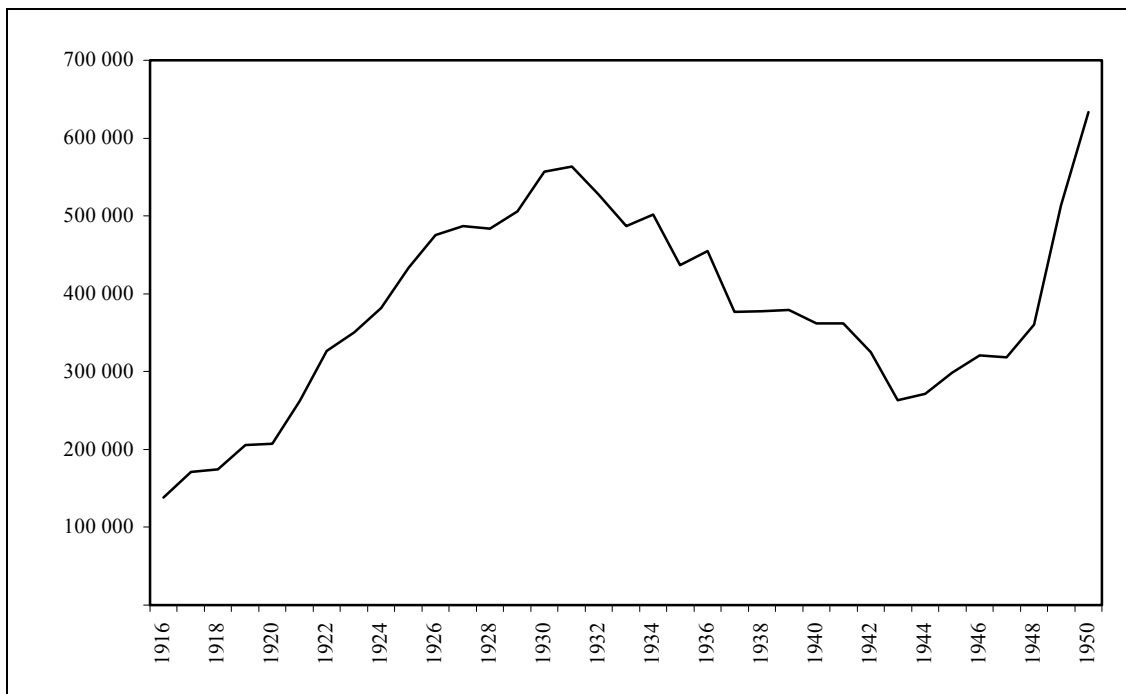
¹⁶⁹ ACV, K VIII D 37, Lettre de Rubattel au Département des Finances, 9 avril 1943.

¹⁷⁰ On ne dispose pas des chiffres après 1922.

¹⁷¹ *Bulletin de la Société vaudoise des secours mutuels*, n°15, mai 1931, p. 11.

En facilitant l'accès à l'Hôpital en cas de maladie, la SVSM attire à elle un nombre très important de nouveaux adhérents. Alors qu'elle dénombre 5'223 membres en 1916 et 9'562 en 1935 (soit une croissance annuelle moyenne de 3.0% par année), elle compte 25'697 membres en 1950 (soit une croissance annuelle moyenne de 3.9% entre 1935 et 1950)¹⁷². Cette augmentation est nécessaire pour renflouer la caisse de la société mise à mal par des dépenses en forte hausse : les frais médicaux et pharmaceutiques s'élèvent à moins de 10'000 francs par année jusqu'en 1924, puis se montent à 212'2031 francs en 1935 et 1.3 million de francs en 1950¹⁷³.

Graph. 8 Fonds de réserve de la SVSM, en francs courants, 1916-1950¹⁷⁴



Les dirigeants de la SVSM ont d'ailleurs pressenti l'incidence financière de la convention de 1930. Ils écrivent ainsi dans leur rapport pour l'année 1931 qu'« il est incontestable que la médecine a fait et fait encore de réels progrès, mais ces derniers ne sont acquis qu'au prix de gros sacrifices qui se traduisent pour nous par une augmentation toujours croissante de nos dépenses. La radiographie, la radioscopie, les rayons, la diathermie, les analyses compliquées,

¹⁷² *Bulletin de la Société vaudoise des secours mutuels*, n°38, mai 1954, p. 19.

¹⁷³ *Bulletin de la Société vaudoise des secours mutuels*, n°38, mai 1954, p. 19. Les frais d'hospitalisations ne sont pas isolés des autres frais médicaux dans cette statistique.

¹⁷⁴ *Bulletin de la Société vaudoise des secours mutuels*, n°38, mai 1954, p. 19.

tous ces facteurs inconnus il y a 25 ans saignent notre caisse [...]. »¹⁷⁵ Les fonds de réserve de la SVSM diminuent ainsi de plus de moitié entre 1930 et 1943. Le salut financier de la société est trouvé dans l'augmentation du volume des cotisations (299'674 francs en 1930 ; 492'783 francs en 1940 ; 1.9 million de francs en 1950), due aussi bien à l'augmentation du nombre d'adhérents qu'à la hausse de la cotisation moyenne (32.8 francs par personne en 1930-1944 ; 41.6 francs en 1945 ; 55.4 francs en 1950).

Les assurances deviennent ainsi des partenaires financiers essentiels au développement hospitalier. Leur position privilégiée en fera des acteurs incontournables de la politique hospitalière cantonale après 1945¹⁷⁶.

La radiologie : une innovation rentable

L'installation radiologique est un outil diagnostic et thérapeutique qui symbolise la modernité de la médecine. Ainsi que l'a montré Howell pour les Etats-Unis, la possession d'une infrastructure radiologique de haute technologie permet aux hôpitaux d'occuper une position dominante sur le marché des soins : la radiologie ne sert pas uniquement à voir à l'intérieur des corps pour mieux les soigner mais aussi à attirer la clientèle privée séduite par les aspects scientifiques de cette nouvelle médecine¹⁷⁷. Les débats que suscite la modernisation de ce service à l'Hôpital cantonal de Lausanne montrent que la situation y est similaire.

Avant les années 1920, il n'y a guère de concurrent sérieux au Laboratoire de radiologie de l'Hôpital cantonal et il profite très rapidement de la clientèle internationale hospitalisée dans les cliniques et les palaces lausannois qui vient y faire des clichés radiologiques. La direction de l'Hôpital perçoit très rapidement les enjeux financiers de cette nouvelle technologie, qui représente déjà 10% des recettes d'exploitation en 1910. La guerre de 1914-1918 et l'absence de la clientèle internationale est ainsi un coup dur pour le Service de radiologie. Le Service sanitaire explique en 1917 la chute des recettes radiologiques par le fait que « depuis la guerre, le nombre des malades étrangers venant se faire examiner aux rayons X a beaucoup diminué. »¹⁷⁸

¹⁷⁵ *Bulletin de la Société vaudoise des secours mutuels*, n°16, décembre 1932, p. 6.

¹⁷⁶ Voir chapitre 4.

¹⁷⁷ Joel Howell, *Technology in the Hospital...*, op. cit.

¹⁷⁸ CRCE, Département de l'Intérieur, 1917, p. 102.

Graph. 9 Recettes du service de radiologie par rapport aux recettes d'exploitation, en %, 1904-1945¹⁷⁹



La création du Laboratoire central de radiologie en 1916 – i.e. la centralisation des diverses installations radiologiques de l'Hôpital sous une direction unique – répond ainsi autant à des considérations pratiques que financières. Les autorités hospitalières déclarent alors qu'« il n'est pas douteux qu'en organisant le service d'une façon rationnelle, on ne soit en mesure d'apporter une certaine somme chaque année à l'administration de l'Hôpital. »¹⁸⁰ Ce sont des considérations identiques qui poussent le CSH à accepter en 1920 la modernisation proposée par le Dr Isenegger, chef du Laboratoire. Le CSH explique en effet qu'« il importe que le service soit rentable, malgré le nombre des laboratoires privés de la ville, qui va toujours en augmentant. »¹⁸¹ Il s'agit de capter le marché de la clientèle privée des médecins de la ville. La nomination d'un médecin spécialiste largement reconnu à la tête de la radiologie répond donc autant à une volonté scientifique que marketing. Le CSH débauche en 1922 le Dr Alfred Rosselet, assistant du Dr Rollier à Leysin et privat-docent à l'Université de Genève, à qui est offert un salaire annuel de 10'000 francs, ainsi qu'une participation aux bénéfices du Service de radiologie¹⁸². L'Hôpital s'attache ainsi les services d'un médecin prestigieux, dont les

¹⁷⁹ CRCE, Département de l'Intérieur, 1904-1945.

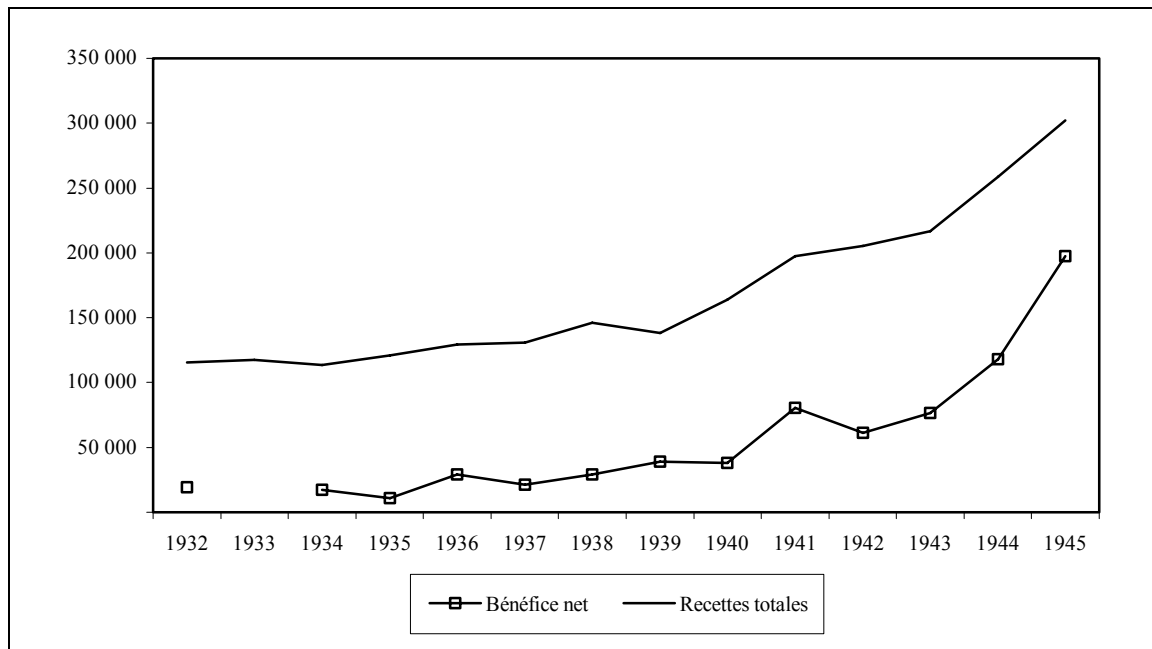
¹⁸⁰ ACV, K VIII B 113, Organisation d'un service radiologique et radiothérapique à l'Hôpital cantonal, non daté [1916].

¹⁸¹ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 20 octobre 1920.

¹⁸² ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 1921.

travaux sur les rayons ultra-violet ont contribué à la construction de l'héliothérapie qui trouve une application industrielle dans « l'empire de Rollier »¹⁸³ au cours de l'entre-deux-guerres. L'arrivée de Rosselet à l'Hôpital cantonal permet à ce dernier d'adopter une position dominante dans le champ de la radiologie hospitalière. Il fait en effet partie de la nouvelle génération de médecins-radiologues qui investissent les laboratoires de radiologies des grands hôpitaux de Suisse au cours de l'entre-deux-guerres et s'imposent comme les "spécialistes" incontestés de la branche¹⁸⁴.

*Graph. 10 Recettes totales et bénéfices nets du service de radiologie, en francs courants, 1932-1945*¹⁸⁵



Dans les années 1930, la concurrence se fait plus rude sur le marché lausannois, spécialement avec la Clinique Cecil qui a inauguré une nouvelle installation radiologique en 1931. Le CSH décide l'achat de deux nouveaux appareils radiologiques, bien que coûteux, en affirmant qu'« il faut que l'installation radiologique de l'Hôpital cantonal soit la première du

¹⁸³ Geneviève Heller, « Leysin ... », op. cit., p. 333.

¹⁸⁴ Mentionnons les arrivées de Schinz à l'Hôpital cantonal de Zurich (1918), de Lüdin à l'Hôpital bourgeois de Bâle (1922) et de Liechti à l'Hôpital de l'Île à Berne (1930). Sur le processus de professionnalisation des radiologues et la construction de la radiologie en champ autonome de la médecine, voir Monika Dommann, op. cit.

¹⁸⁵ CRCE, Département de l'Intérieur, 1932-1945 et ACV, K VIII D, diverses années. On ne possède pas de chiffres avant 1932.

canton »¹⁸⁶ afin que les médecins privés de Lausanne et de sa région continuent d'y envoyer leurs malades. Quant à la division de radiodiagnostic de l'Hôpital cantonal, elle est entièrement modernisée et réorganisée en 1934 puis à nouveau en 1938 : le développement des traitements anticancéreux nécessite des appareils plus puissants et plus précis.

Le Service de radiologie devient rentable dans les années 1920. Les bénéfices de ce service viennent en partie alimenter des fonds spéciaux. Outre une participation de 6-8'000 francs selon les années accordée au prof. Rosselet, une partie des revenus de la radiologie sont versés dès 1924 à un « fonds spécial pour les risques », qui permet de verser des indemnités à d'éventuels accidentés (brûlures, pertes de cheveux, etc.). L'essentiel de cette manne sert pourtant au fonctionnement de l'Hôpital. La constante modernisation technique est en effet un véritable succès commercial. On retrouve au milieu des années 1920 le sommet des années 1910-1913. Dans les années 1930, la part des recettes de radiologie se stabilise à une moyenne de 13.1% des recettes de l'Hôpital. Le bénéfice net du service connaît aussi une forte augmentation : il se monte à 16.8% des recettes en 1932, à 23.2% en 1940 et à 65.4% en 1945. Cette tendance se confirme dans l'immédiat après-guerre avec une très forte augmentation des radiographies : on en dénombre 18'895 en 1945 et 30'399 en 1950. En 1951, le Grand Conseil accorde sans opposition un crédit de 1.2 million de francs pour l'agrandissement et la transformation du Service de radiologie, dans le but de maintenir une offre attractive et de répondre à une demande croissante. La commission parlementaire chargée de cet investissement déclare qu'« il s'agit d'un service hospitalier qui, loin de coûter à l'Etat, constitue bien au contraire une intéressante source de revenus. »¹⁸⁷ Les recettes brutes de ce service passent la barre des 400'000 francs en 1948 et celle des 600'000 francs en 1953.

L'intervention du secteur privé dans le développement de l'infrastructure hospitalière

Les ressources privées ne font pas seulement leur apparition dans le financement de l'exploitation de l'Hôpital, à travers les pensions de malades et les frais de radiologie, mais interviennent aussi directement dans le développement de l'infrastructure hospitalière. De 1918 à 1949, tous les bâtiments importants mis en service dans le cadre de la cité hospitalière lausannoise sont le fruit d'un partenariat entre secteurs privé et public. Cette collaboration est le fruit du renforcement, dans les années 1920, de l'alliance entre libéraux – élites urbaines défenseuses du libéralisme économique et des intérêts privés – et radicaux – droite étatiste pragmatique – qui débouche sur un virage à droite de la politique gouvernementale illustré par

¹⁸⁶ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 16 juillet 1931.

¹⁸⁷ BGC, 21 mai 1951.

une lutte contre le développement de l'Etat social et des dépenses publiques. Dans les années 1930, le climat de corporatisme ne fait qu'augmenter la tendance au rapprochement entre secteurs public et privé¹⁸⁸.

L'Hôpital cantonal est directement touché par la nouvelle donne politique, avec l'élection au Conseil d'Etat en 1922 du radical Norbert Bosset¹⁸⁹. Homme fort du gouvernement jusqu'en 1946, il « donne un visage au virage à droite qu'opère le parti radical vaudois. »¹⁹⁰ A la tête du Département de l'Intérieur pendant plus de 25 ans, il insuffle un développement hospitalier fondé sur le partenariat avec le secteur privé.

Fondation de nouveaux services hospitaliers et de nouvelles cliniques universitaires

Au cours des années 1930, plusieurs services hospitaliers voient la création de nouveaux bâtiments suite à l'intervention de fonds privés. Durant la décennie 1932-1942, ce ne sont en effet pas moins de quatre services hospitaliers qui ouvrent de nouveaux bâtiments suite à de telles interventions. La première d'entre elles est un legs de 500'000 francs de l'industriel Edouard Sandoz-David¹⁹¹ à l'Etat de Vaud, en faveur de la création d'un hospice pour malades chroniques. Cet établissement, ouvert en 1932, est remis sous la direction du Dr Henri Curchod, ancien élève de Roux et jusque-là médecin-chef de l'Hôpital de Saint-Loup. La mise en service de ce bâtiment permet de désengorger l'Hôpital cantonal d'une partie des malades chroniques qui l'encombraient mais ne règle pas à elle seule le problème de l'hospitalisation de ce type de malades. Pour la maison bâloise Sandoz SA, cette participation renforce les liens avec l'Hôpital cantonal et la Faculté de médecine. Elle permet de fidéliser un important client en produits pharmaceutiques¹⁹² et facilite l'entrée de la recherche privée dans les cliniques universitaires.

Le second service hospitalier ouvert dans ce contexte bénéficie aussi d'un soutien industriel. Il s'agit de la clinique médicale, ouverte en 1935 grâce à un don d'un million de francs de la part de la société Nestlé and Anglo-Swiss holding Company, à l'occasion de la fusion avec le

¹⁸⁸ Sur la politique vaudoise dans l'entre-deux-guerres, voir Olivier Meuwly, *La politique vaudoise au 20^e siècle*, Lausanne, PPUR, 2003, pp. 23-59. Dans le canton de Genève, l'opposition entre l'Hôpital cantonal et les établissements privés n'offre pas les conditions favorables au mouvement de privatisation observé à Lausanne. L'Hôpital cantonal est profondément touché par les difficultés financières cantonales et sa croissance fortement ralentie (810 lits en 1919 et 870 en 1946). Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., p. 181.

¹⁸⁹ Norbert Bosset (1883-1969) : Dr en droit, avocat, syndic d'Avenches, député au Grand Conseil, conseiller d'Etat, conseiller aux Etats. Jean-Pierre Chuard, *Helvétia...*, op. cit., p. 366.

¹⁹⁰ Olivier Meuwly, op. cit., p. 29.

¹⁹¹ Edouard-Constant Sandoz-David (1853-1928): fondateur de l'entreprise de chimie Sandoz SA, à Bâle. Cette société est par ailleurs un important fournisseur de l'Hôpital cantonal. *Belles-Lettres...*, op. cit., p. 170.

¹⁹² Voir ci-dessous, pp. 185ss.

fabricant de chocolats Peter, Cailler et Kohler (1929)¹⁹³. Ce nouveau bâtiment, réalisé par l'architecte Georges Epitoux, matérialise la présence d'un médecin formé à l'école allemande à la tête de la clinique, le prof. Louis Michaud. L'Hôpital Nestlé, construit en forme de L, est en effet organisé en deux ailes distinctes et complémentaires : au sud, une unité hospitalière, comprenant les chambres de malades, et au nord-ouest, une unité scientifique, regroupant les laboratoires et les salles d'enseignement. Michaud dispose enfin d'une clinique de médecine doublée de laboratoires qui devient l'un des hauts-lieux de la recherche médicale lausannoise, notamment grâce à ses liens au sein de l'Académie suisse des sciences médicales dont Michaud est le principal promoteur à la Faculté de Lausanne. Quant à l'entreprise Nestlé, au-delà du bénéfice hautement symbolique d'un tel don, elle retire un profit économique évident. L'entre-deux-guerres apparaît en effet comme une phase de diversification de sa production en direction de produits vitaminés et diététiques mis au point dans ses propres laboratoires en collaboration avec des médecins extérieurs¹⁹⁴. De même, certains directeurs de Nestlé bénéficient de retombées positives de cette collaboration. Ainsi, le président du conseil d'administration Louis Dapples obtient en 1933 un doctorat honoris causa de la Faculté de médecine de Lausanne. Avec deux autres directeurs de Nestlé, Jean-Constant Corthésy et Enrico Bignami, qui se voient remettre le même titre en 1960, il est le seul non scientifique à recevoir une telle distinction jusqu'en 1975¹⁹⁵.

Enfin, deux bâtiments doivent leur existence à des dons de la part de professeurs de médecine. L'Hôpital Rossier, annexe de la maternité comprenant la clinique gynécologique, ouverte en 1937, trouve son origine dans un legs de 30'000 francs du prof. Guillaume Rossier¹⁹⁶. Médecin-chef de la maternité et professeur de clinique obstétricale (1903-1928), il ne parvient pas à développer son établissement en y accueillant les cas de gynécologie, apanage du service de chirurgie de César Roux. Son legs est augmenté dans les années 1930-1934 par une somme de 250'000 versée par son frère Alfred Rossier¹⁹⁷. Ces diverses contributions permettent l'ouverture d'une annexe gynécologique à la maternité à laquelle est attaché le

¹⁹³ La tradition orale fait état d'un arrangement entre l'Etat et la société Nestlé, qui aurait fraudé le fisc à très large échelle par la généralisation de faux certificats de salaires pour ses employés. Les documents manquent toutefois pour vérifier cette thèse.

¹⁹⁴ Jean Heer, *Nestlé, Cent vingt-cinq ans de 1866 à 1991*, Vevey, Nestlé SA, 1991, pp. 171-172. Le rôle des médecins et des Facultés de médecine dans la recherche-développement de l'industrie alimentaire suisse, à l'exemple du professeur de physiologie Maurice Arthus, qui travaille dans les années 1930 pour la fabrique de lait en poudre Guigoz et pour les chocolats Villars, ferait d'ailleurs un beau sujet de recherche. Voir Maryline Maillard, *Guigoz. Les débuts d'une entreprise innovatrice dans l'industrie laitière (1908-1937)*, Fribourg, Université, 2002, pp. 173-174 et Samuel Jordan, *Chocolats Villars SA (1901-1954). Le parcours d'une entreprise atypique*, Fribourg, Université, 2001, pp. 134-136.

¹⁹⁵ Guy Saudan, *La médecine à Lausanne...*, op. cit., p. 256.

¹⁹⁶ ACV, K VIII D 62 et S 73.

souvenir du professeur défunt. De même, le nouvel Institut d'anatomie pathologique ouvert en 1942 doit sa réalisation à un legs de 900'000 francs de la part d'un ancien professeur de médecine légale, le Dr Georges Spengler¹⁹⁸. Jusqu'alors, cet institut se trouve dans un petit pavillon établi derrière l'Hôpital cantonal et mis en service en 1890. Ce bâtiment s'avère bientôt trop petit pour traiter les diverses demandes de l'Hôpital cantonal, d'autant plus qu'il abrite dès le début des années 1920 une recherche privée sur le cancer. Le prof. Jean de Meyenburg (1919-1925), puis son successeur Jean-Louis Nicod (1925-1965), interviennent à plusieurs reprises auprès du CSH pour demander la modernisation de leur institut. Le prof. Spengler, qui siège au CSH, est sensible à cette demande et lègue sa fortune à l'Etat en vue de construire un nouvel Institut pathologique.

Renforcement des liens avec les hôpitaux spécialisés privés

Le contexte politique de partenariat public-privé est aussi très largement favorable au développement des liens entre l'Hôpital cantonal et la Faculté de médecine d'une part, et les hôpitaux spécialisés privés d'autre part. Tout d'abord, le rapatriement de la clinique ophtalmologique à l'Hôpital cantonal ne survit pas au prof. Eperon. Suite à son décès (1920), le président de l'Asile des aveugles, Gaston Boiceau¹⁹⁹, approche le conseiller d'Etat Thélin pour envisager une reprise des relations. Le gouvernement, préférant jouer la carte de la complémentarité entre établissements lausannois plutôt que celle de la concurrence, accepte cette offre. L'Etat et l'Asile des aveugles signent la même année une convention par laquelle l'Asile s'engage à mettre à disposition de la Faculté une clinique ophtalmologique pour une somme annuelle de 8'000 francs²⁰⁰. Quant au professeur et chef de service, il est nommé en commun accord entre les deux partenaires. C'est le Dr Jules Gonin, ancien chef de clinique de Marc Dufour, médecin-adjoint (1901-1918) puis médecin-chef depuis 1918 à l'Asile des aveugles, qui est nommé à la chaire d'ophtalmologie en 1920²⁰¹.

De même, l'Hospice orthopédique de la Suisse romande s'intègre à la cité hospitalière lausannoise au cours des années 1920, sur fond de sa réorientation en direction d'une activité chirurgicale²⁰². L'Etat accorde son soutien financier à cette institution par la mise à disposition d'un terrain aux abords de la maternité, afin d'y construire un bâtiment neuf,

¹⁹⁷ Alfred Rossier (1879-1958) : médecin établi à Vevey. ACV, Dossiers ATS.

¹⁹⁸ ACV, K VIII D 64 et S 73.

¹⁹⁹ Gaston Boiceau (1869-1954) : ingénieur, administrateur de nombreuses sociétés, conseiller municipal libéral à Lausanne et député au Grand Conseil. Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

²⁰⁰ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 1920.

²⁰¹ Olivier Robert et Franceso Panese, *Dictionnaire...*, op. cit., pp. 528-529.

²⁰² Voir pp. 57ss.

ouvert en 1927. En échange de ce soutien, l'Etat obtient la capacité de nommer le médecin-chef de l'établissement, qui est en même temps en charge de la chaire d'orthopédie.

Enfin, l'intégration de l'Hospice de l'Enfance à la santé publique reste très faible. S'il n'y a pas de rapprochement institutionnel entre la clinique infantile – intégrée à la maternité de l'Hôpital cantonal – et l'Hospice, cela ne signifie pas pour autant qu'il y ait une absence de relations entre les deux établissements. Les liens informels sont notamment très forts entre leurs services de chirurgie, puisque ce sont des anciens chefs de clinique de César Roux qui occupent le service chirurgical de l'Hospice de l'Enfance durant 40 ans : son successeur à la tête de la chaire de chirurgie Henri Vulliet (1910-1925) et son gendre Léon Picot (1926-1950). Une intégration institutionnelle se fait toutefois par l'intermédiaire de la psychiatrie infantile. L'Hospice de l'Enfance ouvre en effet en 1938 un service de psychothérapie, Le Bercaïl, qui est confié au Dr Lucien Bovet²⁰³, sous-directeur de l'Asile de Cery. Les relations entre les deux institutions se trouvent renforcées par la création en 1942 de l'Office médico-pédagogique vaudois (service de l'Etat rattaché à Cery), dont la direction est confiée au Dr Bovet : le Bercaïl devient le service hospitalier de la consultation ambulatoire.

Les fonds spéciaux des cliniques : un pas vers la privatisation des services hospitaliers ?

L'organisation de l'Hôpital cantonal telle qu'elle est conçue en 1883 puis revue en 1890 ne prévoit pas de budget autonome accordé à chaque service médical. Selon leurs besoins, les médecins-chefs doivent recourir à la direction de l'Hôpital ou aux Départements de l'Instruction publique (enseignement universitaire) et de l'Intérieur (service hospitalier) afin d'acquérir le matériel nécessaire. Un tel système est administrativement très lourd et l'on voit se mettre en place dans les années 1900 des *fonds spéciaux* qui ne dépendent que des chefs de service. Il s'agit de sommes d'argent versées par des privés – entreprises, mécènes ou clientèle des professeurs – et destinées à l'entretien de l'infrastructure des cliniques universitaires. Les médecins-chefs sont entièrement responsables de ces fonds pour la gestion desquels ils ne rendent aucun compte. Le CSH apprend ainsi en 1921 que le prof. Dind a mis au point un service d'analyses sanguines et en sous-traite pour des médecins privés, le bénéfice de cette opération servant au développement du laboratoire. C'est une assistante qui gère cette caisse sans en rendre compte à quiconque, « ce qui, soit dit en passant, n'est pas normal »²⁰⁴ selon le CSH. Les Comptes-rendus du Conseil d'Etat ne présentent d'ailleurs

²⁰³ Lucien Bovet (?-1951): psychiatre, sous-directeur (1936-1942) puis médecin-adjoint de Cery (1942-1951), chef de l'Office médico-pédagogique (1942-1951). Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

²⁰⁴ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 12 janvier 1921.

souvent qu'un bilan annuel de ces divers fonds. On connaît donc l'état de la valeur de ces fonds au 31 décembre de chaque année mais fort peu de choses quant à leur utilisation. Les autorités hospitalières elles-mêmes sont dans le flou. Le directeur de l'Hôpital écrit ainsi en 1937 à propos de dons reçus par l'industrie pharmaceutique : « les dons auxquels il est fait allusion, et effectués en faveur de nos services hospitaliers, atteignent un chiffre important, et nous ne les connaissons pas tous. »²⁰⁵ Cette ignorance peut être à l'occasion dangereuse parce qu'elle permet le développement de pratiques à la limite de la légalité. Ainsi, dans les années 1923-1924, le CSH soupçonne certaines fabriques pharmaceutiques d'alimenter certains fonds spéciaux en échange de tests de médicaments faits par les médecins-chefs favorisés²⁰⁶. S'il n'est pas question d'abandonner les tests cliniques de médicaments effectués dans un cadre scientifique déterminé – i.e. sous la responsabilité du médecin-chef – le CSH refuse en revanche tout don de l'industrie pharmaceutique en compensation²⁰⁷.

Malgré certaines difficultés inhérentes à leur existence, les fonds spéciaux de l'Hôpital cantonal connaissent un fort développement dans l'entre-deux-guerres. Les autorités hospitalières, qui favorisent alors très largement l'intervention du secteur privé dans le développement de l'Hôpital, ne peuvent que s'en réjouir. Les premiers fonds spéciaux attachés à des cliniques sont ceux des professeurs de pédiatrie Adolphe Combe (1907) et de chirurgie César Roux (1910). Dès les années 1910, chaque chef de service possède son propre fonds et l'utilise pour divers investissements hors budget²⁰⁸.

²⁰⁵ ACV, K VIII B 63/2, lettre de Nicoud au Service sanitaire, 19 juin 1937. C'est moi qui souligne.

²⁰⁶ A titre d'exemple, le prof. Michaud (clinique médicale) reçoit en 1920 une somme de 5'600 francs de la part de l'industrie chimique bâloise pour son laboratoire. CRCE, Département de l'Intérieur, 1920.

²⁰⁷ Il y aurait eu au début des années 1920 un scandale à Bel-Air (GE) parce que des médecins auraient reçu de l'argent pour y tester des médicaments, scandale dénoncé par la presse locale. ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 1924.

²⁰⁸ CRCE, Département de l'Intérieur, diverses années.

Tab. 19 *Fonds spéciaux des cliniques, en francs courants, 1920-1940*²⁰⁹

Clinique / Service hospitalier	1920	1930	1940
Alusuisse (pour un pavillon chirurgical)			30000
Clinique dermatologique		1958	481
Dr Combe	115369		
Dr Cunier		17119	21157
Dr de Meyenburg	6872		
Dr Decker			37211
Dr Feuz			3030
Dr Mermod	4219	12982	20799
Dr Michaud	18551	39638	7557
Dr Rochat		3507	7120
Dr Rosselet		1761	7223
Dr Rossier	2170	35884	33186
Dr Roux (puis Clinique chirurgicale)	20753	35194	27116
Dr Spengler			103923
Dr Taillens	2622	9961	8054
Fonds Nestlé	13035	38937	49433
Hospice Sandoz			6196
<i>Total</i>	<i>183'591</i>	<i>196'941</i>	<i>362'486</i>

Les débuts de la recherche contre le cancer : une initiative privée

L'Institut pathologique franchit une étape supplémentaire dans les rapports avec le secteur privé. Il voit en effet se développer en son sein une recherche financée par une entreprise industrielle au cours des années 1920. Marcel Aubert, ami et relation d'affaires du prof. Dind²¹⁰, directeur des Câbleries de Cossonay, propose en 1920 de verser à l'Hôpital cantonal une somme de 120'000 francs sur dix ans pour financer des recherches contre le cancer. Malgré la réticence de certains membres du CSH, à l'image d'Alfred Carrard qui « voit le geste d'un particulier qui fournit l'argent nécessaire, mais en même temps, entend en quelque sorte désigner le médecin des travaux ; ce serait un précédent, dont d'autres personnes pourraient se prévaloir également à l'avenir pour demander un laboratoire »²¹¹, une convention est signée en 1920. C'est effectivement un protégé d'Aubert et un ancien interne de César Roux, le Dr Alfred Renaud²¹², qui est engagé comme assistant spécial, sous la direction du chef de l'Institut de pathologie. Son statut particulier entraîne des conflits de

²⁰⁹ CRCE, 1920-1940. Je n'ai retenu dans les statistiques du Département de l'Intérieur que les fonds destinés au développement des cliniques universitaires et non ceux dont le but est de faciliter l'hospitalisation de malades indigents particuliers (lits américains, belges, etc.).

²¹⁰ Aubert et Dind ont créé durant la Première Guerre mondiale la société La Métallurgie SA dans le but d'exporter du métal et des munitions vers les pays belligérants. Voir N. Coclas, *Une affaire*, Lausanne, 1920, 157 p.

²¹¹ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 7 septembre 1920.

compétence avec le prof. de Meyenburg, d'autant plus que Renaud désire sortir du laboratoire et faire des recherches cliniques. Afin de résoudre le différend, le CSH lui accorde en 1924 l'accès à la clinique du prof. Roux en échange d'une partie de son temps consacrée à une recherche clinique sur les effets du sel iodé sur le goût, sous la direction du professeur de chirurgie.

La recherche contre le cancer s'institutionnalise en 1924 avec la création du Centre anti-cancéreux romand (CACR) auquel participent tous les cantons francophones à l'exception de celui de Genève, qui fonde la même année son propre centre anti-cancéreux²¹³. Les difficultés rencontrées par le Dr Renaud à l'Institut pathologique expliquent largement la constitution d'une institution privée reconnue d'utilité publique – et donc subventionnée. A sa fondation, le CACR bénéficie de dons privés s'élevant à plus de 112'000 francs, provenant aussi bien des milieux industriels (Société pour l'industrie de l'aluminium 20'000 francs ; Edouard Sandoz 10'000 francs ; Sandoz SA 6'000 francs ; Jean-Jacques Mercier 6'000 francs ; Robert, Fontainemelon 5'000 francs ; Hoffmann-LaRoche 2'000 francs ; etc.) que médicaux (prof. Roux 20'000 francs ; prof. Michaud 5'000 francs ; prof. Dind 1'200 francs ; etc.)²¹⁴. Par la suite, le CACR peut compter sur un constant soutien financier des Câbleries et Tréfileries de Cossonay, dont les directeurs Rodolphe Stadler et Jean-Louis de Coulon occupent les postes de président et de vice-président du conseil de fondation dès 1951.

Le CACR allie recherche expérimentale et application clinique. Installés dans le pavillon qui abritait la maternité jusqu'en 1916, les laboratoires de recherche sont placés dès 1924 sous la direction scientifique du Dr André de Coulon²¹⁵. Titulaire d'un doctorat en sciences de l'Université de Genève, il a travaillé durant sept ans comme bactériologue dans de prestigieuses institutions comme l'Hôpital du Panthéon à Paris et les Instituts Pasteur de Paris et de Strasbourg (1917-1924). Il occupe le poste de chef de service des recherches expérimentales du Centre anticancéreux romand pendant plus de 10 ans (1924-1935). Avec sa nomination s'affirme l'ancrage de la recherche médicale en science expérimentale. A son décès en 1935, il est remplacé par un physicien, le Dr Pierre Mercier, qui a notamment travaillé au laboratoire Marie Curie à Paris. A côté de ces activités de recherche expérimentale, le CACR développe des applications cliniques dans le cadre des divers

²¹² Alfred Renaud (1872-1936) : médecin établi à Cossonay (1907) puis à Lausanne (1920). *Belles-Lettres...*, op. cit., p. 215.

²¹³ Intimement liée aux développements de la radiologie et de la chimie pathologique, la recherche contre le cancer est un élément essentiel, en terme de lieu de formation professionnelle, de construction du savoir scientifique et de prestige universitaire dont la Faculté de médecine de Genève ne veut pas se passer.

²¹⁴ *Centre anti-cancéreux romand des cantons de Fribourg, Neuchâtel, Valais et Vaud*, Lausanne, Imprimeries réunies SA, 1929, p. 14.

services de l'Hôpital cantonal et aussi dans certains hôpitaux régionaux romands (La Chaux-de-Fonds, Fleurier, Fribourg, Sierre, etc.)²¹⁶.

Conclusion

La privatisation de nombreuses fonctions de l'Hôpital cantonal vaudois (équipement, recherche, recettes d'exploitation, etc.) a une incidence tout à fait positive sur les finances cantonales. La part du déficit de l'Hôpital dans les dépenses totales du Service des Hospices est en nette baisse et passe de 58.6% en 1920 à 54.0% en 1930 et 51.4% en 1940²¹⁷. Cependant, cette privatisation a des effets négatifs en terme d'organisation. L'Hôpital cantonal se mue au cours des années 1930 en une véritable cité hospitalière dont le développement et la croissance ne sont pas pensés dans leur globalité. L'absence de planification et de coordination débouche alors sur une politique de rationalisation de l'Hôpital qui vise autant des économies d'échelle qu'une meilleure organisation de l'établissement.

Rationalisations

La rationalisation des grandes unités de production est un phénomène qui touche l'ensemble du monde économique de l'entre-deux-guerres (entreprises industrielles, banques, administration publique, etc.)²¹⁸, auquel les établissements hospitaliers n'échappent pas. Il s'agit d'abord de réorganiser des établissements devenus plus grands et plus complexes, souvent éclatés en plusieurs divisions, afin d'améliorer la fluidité de la production. Le second grand but de la rationalisation est la réalisation d'économies d'échelle grâce à la centralisation et la standardisation. L'organisation doit permettre une meilleure maîtrise des dépenses²¹⁹ et assurer le fonctionnement d'hôpitaux devenus plus grands et plus complexes. L'hospitalisation d'un nombre croissant de malades nécessite une certaine standardisation de

²¹⁵ André de Coulon (1890-1935) : Dr en sciences.

²¹⁶ *Centre anti-cancéreux...*, op. cit., p. 7.

²¹⁷ CRCE, Département de l'Intérieur, 1920-1940.

²¹⁸ La rationalisation du travail a donné lieu à d'innombrables publications. Voir par exemple le cas français étudié par Aimée Moutet, *Les logiques de l'entreprise. La rationalisation française dans l'entre-deux-guerres*, Paris, EHESS, 1997, 495 pages. Pour la Suisse romande, on se reportera à l'ouvrage de Matthieu Leimgruber, *Taylorisme et management en Suisse romande (1917-1950)*, Lausanne, Antipodes, 2001, 183 p.

²¹⁹ L'Hôpital cantonal de Genève connaît aussi un vaste mouvement de rationalisation dans les années 1920, principalement dans le but de limiter les coûts de l'établissement. Dans le cas de la Clinique infantile, étudié par Joëlle Droux, cette politique se fait au détriment de la qualité de l'infrastructure de soins. Joëlle Droux, « Pédiatres et pédiatrie à Genève : l'enfance de l'art (1880-1950) », in Susanne Suter (dir.), *Âges et visages de la pédiatrie. La genèse du Département de pédiatrie, Genève*, Genève, Georg / HUG, 2001, pp. 43-60.

la prise en charge administrative, un contrôle accru de la comptabilité, une gestion rationnelle des flux (malades, argent, matériel, nourriture, etc.) à l'intérieur de l'établissement, etc.

Appliquée au monde hospitalier, la rationalisation ne fait que reprendre les grands principes de centralisation et de hiérarchisation, issus directement de l'idéologie sous-jacente du corporatisme et du culte du chef, diffusés dans le canton de Vaud par la Ligue vaudoise²²⁰ et mis en œuvre dans d'autres secteurs économiques²²¹. En Suisse romande, le mouvement de rationalisation provient en grande partie du milieu des ingénieurs, eux-mêmes très présents dans les commissions administratives des hôpitaux. Ils ne se limitent en effet pas au monde industriel mais ont une vision globalisante de la rationalisation. L'ingénieur lausannois Henri Muret affirme ainsi en 1928 que « le problème de la rationalisation ne doit pas être limité à l'industrie, mais étendu à toute la vie économique. Il est actuellement posé et ne peut être éludé. Il faut donc s'attacher à en vulgariser les données, créer un mouvement d'opinion en sa faveur, vaincre le scepticisme et la méfiance qui l'accueillent. »²²² Le monde hospitalier et médical est sensibilisé à la rationalisation par la présence d'ingénieurs, de publicitaires et de comptables dans leurs organes administratifs, à l'image de Fernand Vuilleumier, directeur de l'agence publicitaire lausannoise Orell Füssli Annonces SA, membre du CSH et du comité directeur de la Commission romande de rationalisation²²³, ainsi que président du Club d'efficiencia de la Suisse romande²²⁴. Cette évolution est patente dans le cas des hôpitaux spécialisés lausannois, qui voient se renforcer la présence d'ingénieurs et de personnalités du monde économique dans leurs organes dirigeants. Une association est même mise sur pied en 1930 pour assurer la diffusion de la rationalisation parmi les gestionnaires d'hôpitaux, la Veska.

*La Veska, un acteur essentiel de la rationalisation hospitalière : « simplifier, économiser et améliorer tout ce qui est susceptible de l'être dans l'exploitation d'un hôpital »*²²⁵

Fondée en 1930, l'Association des établissements suisses pour malades (Veska²²⁶), joue un rôle déterminant dans la rationalisation hospitalière. D'une part, c'est elle qui propose l'uniformisation de la comptabilité et de la manière de calculer le prix de la journée d'hospitalisation, ainsi que la réorganisation rationnelle des hôpitaux. Ce n'est donc pas un

²²⁰ Voir Roland Butikofer, *Le refus de la modernité : la Ligue vaudoise: une extrême droite et la Suisse (1919-1945)*, Lausanne, Payot, 1996, 505 p.

²²¹ Voir Matthieu Leimgruber, *Taylorisme...*, op. cit.

²²² Cité par Matthieu Leimgruber, op. cit., p. 49.

²²³ Matthieu Leimgruber, op. cit., p. 157.

²²⁴ Sur le Club d'efficiencia de la Suisse romande, voir chapitre 3, p. 271.

²²⁵ *Revue Veska*, 1937, p. 1.

hasard si elle est membre de l'International Management Institute au début des années 1930²²⁷. L'ingénieur Alfred Carrard, très engagé dans ce mouvement²²⁸, écrit en 1944 dans la *Revue Veska* que « l'industrie a été la première à se rendre compte des avantages qu'elle pourrait retirer d'une application méthodique de la science du travail. Ces mêmes avantages pourraient et devraient être utilisés dans les entreprises d'Etat [i.e. hôpitaux cantonaux]. »²²⁹ D'autre part, la Veska joue le rôle de syndicat hospitalier et d'interlocuteur unique dans les grandes questions hospitalières qui touchent tous les établissements du pays, afin d'unifier le cadre de travail et de négocier des conventions collectives avec divers partenaires (négociations avec les caisses-maladies et les médecins, formation du personnel infirmier, etc.).

En ce qui concerne plus particulièrement la rationalisation des hôpitaux, la Veska cherche notamment à normaliser le matériel hospitalier (mobilier des chambres, linge, coton hydrophile, pansements, etc.). Doublée d'une organisation nouvelle de l'espace hospitalier, cette rationalisation permet la réalisation d'un hôpital-modèle, que la Veska présente au public lors de l'Expo nationale de 1939. Il est organisé autour d'une salle d'opérations équipée de matériel de haute technologie (rayons X, lavage des intestins, etc.)²³⁰. Comme dans la clinique chirurgicale de Decker, la salle d'opérations est placée au cœur de l'organisation hospitalière. La Veska est un ardent promoteur de l'industrialisation de la médecine hospitalière grâce à son intervention en faveur d'un environnement organisé et rationalisé visant à l'optimisation des flux.

La maîtrise des coûts est une autre préoccupation importante dans les années 1930. La Veska organise dès 1937 l'achat en gros de matériel hospitalier pour ses membres, afin de réaliser des économies d'échelle. En 1938, le médecin bernois Hans Frei rédige dans la *Revue Veska* un article intitulé « Comment augmenter les recettes et diminuer les dépenses de l'hôpital, sans qu'il en résulte des inconvénients pour son activité ? »²³¹ Il y fait le bilan des divers moyens utilisés pour accroître les ressources (création de fonds de réserve, aides publiques, services radiologiques, etc.) et limiter les charges (rationalisation de l'équipement, centralisation des services techniques, direction unique, etc.), autant d'éléments mis en application dans les hôpitaux vaudois.

²²⁶ De l'allemand Verbandes Schweizerische Krankenanstalten.

²²⁷ Matthieu Leimgruber, op. cit., p. 154.

²²⁸ Matthieu Leimgruber, op. cit. Carrard a notamment donné une conférence sur la psychotechnique à la Société vaudoise de médecine en 1929.

²²⁹ *Revue Veska*, 1944, p. 253.

²³⁰ Jules Wagner (éd.), *Le Livre d'or de l'Expo nationale 1939*, Zurich, Verkehrsverlag, 1940, pp. 231-233.

²³¹ *Revue Veska*, 1938, pp. 209-213.

La Veska apparaît comme une association essentiellement alémanique. Parmi les neuf membres qui composent son conseil d'administration en 1936, on ne compte que deux Romands : le directeur de l'Hôpital de la ville de Neuchâtel, Schäfli, ainsi que le Dr Guisan, de Lausanne. Ce dernier est remplacé en 1950 par le Dr Armand Delachaux, médecin-chef de l'Hôpital Sandoz. Médecin-conseil de La Suisse Assurances dès 1953 et professeur de physiatrie à la Faculté de Lausanne, il intervient dans la réalisation du plan hospitalier vaudois de 1966. Hormis ces hommes, les relais sont nombreux vers les hôpitaux. La Veska est en effet très active dans l'information et dans la formation du personnel administratif des établissements hospitaliers. Elle organise des cours de perfectionnement ou des déplacements aux congrès internationaux, et renseigne dans sa revue sur les systèmes hospitaliers d'autres pays. A titre d'exemple, le directeur-adjoint de l'Hôpital cantonal, Alfred Chevalier, participe en 1949 à un cours d'une semaine qui le familiarise avec les problèmes d'alimentation, de personnel, d'économie hospitalière, de droit, etc.²³². Mais les cours sont destinés aussi bien aux administrateurs qu'aux employés subalternes, comme les blanchisseuses pour qui des cours sont mis sur pied à Lausanne en 1937 et 1938.

A l'Hôpital cantonal de Lausanne, la rationalisation qui s'opère à la fin des années 1930 se situe tout à fait dans le cadre des préoccupations de la Veska. Elle a en effet pour but de dégager des économies budgétaires mais aussi de coordonner le fonctionnement de l'Hôpital, dont les bâtiments se sont multipliés. Lors de la conception de l'Hôpital Nestlé, en 1930, le CSH déclare par exemple que cette nouvelle construction nécessiterait « un deuxième service de radiologie, de nouvelles cuisines, etc. »²³³ ce qui laisse envisager une croissance des coûts ainsi que d'éventuels problèmes organisationnels entre les divers bâtiments de l'Hôpital. Il s'agit en effet de gérer les flux de nourriture, de linge, de malades, etc. entre les diverses composantes de la cité hospitalière. La direction de l'Hôpital met ainsi sur pied en 1940 une séance hebdomadaire avec l'économe, la sœur directrice, la responsable de Nestlé, la gouvernante de lingerie, les chefs des ateliers, le chef des cuisines et le jardinier-chef dans le but déclaré « d'intensifier la collaboration entre les divers services. »²³⁴ Dans le même ordre d'idées, un membre de la direction visite en février 1940 le Montreux-Palace, le Buffet de la Gare de Lausanne et les hôpitaux cantonaux de Genève et de Bâle, afin d'améliorer le fonctionnement de l'économat en se fondant sur ce qui se fait ailleurs (centralisation du

²³² ACV, K VIII D 89.

²³³ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 28 mai 1930.

²³⁴ ACV, K VIII D 24, circulaire du 15 janvier 1940.

contrôle des livraisons et de la distribution dans les services). De même, la standardisation et le développement de l'environnement technique (unification des trois lignes téléphoniques en 1924, augmentation du nombre de compteurs à gaz en 1937, etc.) ont pour but un meilleur contrôle des coûts.

Les projets de rationalisation mis en œuvre par la direction de l'Hôpital touchent divers services de l'établissement, aussi bien médicaux qu'administratif ou hôtelier. Le succès de ces réformes est toutefois fort variable car elles peuvent rencontrer des difficultés révélatrices des enjeux financiers et de pouvoir qui se nouent à l'intérieur des services hospitaliers.

La rationalisation du Service de pharmacie face à l'industrie pharmaceutique

Le coût des médicaments devient véritablement un problème au cours des années 1920, avec l'arrivée en masse sur le marché des *spécialités*, c'est-à-dire de produits de synthèse fabriqués par l'industrie pharmaceutique²³⁵. Dans les années 1890-1914, la hausse des dépenses du Service de pharmacie est limitée. On passe durant cette période de 37'076 francs à 83'509 francs, soit une croissance annuelle moyenne de 3.3%, qui reflète largement le développement général de l'établissement²³⁶. La croissance des dépenses s'accélère au cours de l'entre-deux-guerres, essentiellement au cours des années 1925-1940, qui présentent une croissance annuelle moyenne de 4.1%. En chiffres absolus, les dépenses du Service de pharmacie se montent à 121'699 francs en 1925 et à 231'989 francs en 1940²³⁷.

*Tab. 20 Chefs du Service de pharmacie de l'Hôpital cantonal, 1885-1964*²³⁸

Dates	Noms
1885-1923	Henri de Crousaz (1849-1923)
1923-1925	Samuel Mercanton (1867-1926)
1926-1935	Henri Golaz (1865-1935)
1935-1964	Roger Freudweiler (1908-1964)

Le profil social des deux pharmaciens à la tête du service durant la période 1923-1935 n'est toutefois pas propice à une remise en question de la politique de vente de l'industrie pharmaceutique, dont ils sont tous deux proches. Mercanton a en effet travaillé pendant

²³⁵ CRCE, Département de l'Intérieur, diverses années.

²³⁶ Les dépenses du Service de pharmacie par malade passent de 8.8 francs en 1890 à 12.6 francs en 1914. CRCE, Département de l'Intérieur, 1890-1914.

²³⁷ Rapportées au nombre de malades, les dépenses du Service de pharmacie se montent à une moyenne par hospitalisé de 17.9 francs en 1925 et de 19.8 francs en 1940. CRCE, Département de l'Intérieur, 1925-1940.

quinze ans comme pharmacien-chimiste à la fabrique de chocolat de Broc (1902-1917) avant d'entrer dans le Service de pharmacie de l'Hôpital cantonal comme assistant (1917) puis chef de service (1923). Quant à Golaz, il est issu du milieu des pharmaciens privés largement protectionnistes. Il a exercé pendant trente ans à Vevey (1896-1926) et occupé le siège de président de l'Association des pharmaciens veveysans. Chargé de cours de pharmacie galénique à l'Université en 1925, il est nommé l'année suivante professeur et chef de la pharmacie de l'Hôpital. Il se fait notamment connaître dans le monde scientifique par le développement d'une synthèse permettant la conservation des principes actifs des plantes. Les *dialisés Golaz* sont produits par la société Golaz et Cie fondée en 1896. En 1905, cette société fusionne avec la maison Zyma SA et quitte peu après ses usines de Saxon pour s'installer à Nyon. Elle devient la plus importante société pharmaceutique du canton de Vaud et intégrera le groupe Ciba-Geigy²³⁹.

Dans ces conditions, on saisit mieux le peu d'empressement des pharmaciens-chefs à remettre en question la position de dépendance de l'Hôpital cantonal envers l'industrie pharmaceutique dont ils sont proches. Les personnes dénoncées comme responsables de la hausse des coûts de médicaments sont d'abord les médecins qui les prescrivent. Les autorités sanitaires elles-mêmes se situent alors dans cette perspective. En 1923 déjà, le Dr Delay, membre du CSH, déclare vouloir réaliser des économies dans le service de pharmacie en surveillant mieux les internes qui font du gaspillage. De même, Golaz accuse à de nombreuses reprises entre 1929 et 1934 les médecins de prescrire trop de spécialités pharmaceutiques coûteuses mais n'intervient pas en faveur d'une réorganisation de son propre service.

Il faut en fin de compte attendre l'arrivée de Roger Freudweiler pour voir les choses évoluer (1935). Premier pharmacien à obtenir le grade de docteur dans cette branche à l'Université de Lausanne (1932), c'est un homme qui est issu du milieu de la recherche, sans lien direct et personnel avec l'industrie pharmaceutique²⁴⁰. En collaboration avec la direction de l'Hôpital et le Service sanitaire, Freudweiler se lance en 1937 dans la rationalisation de son service, avec entre autres la volonté de limiter le nombre de spécialités utilisées et de produire lui-même certains médicaments génériques, afin de réduire les dépenses croissantes découlant de leur utilisation. Les spécialités ont en effet coûté à l'Hôpital 19'570 francs en 1936 et 22'295 en 1937. Freudweiler explique au CSH qu'il peut fabriquer lui-même des produits identiques

²³⁸ Adrien Dolivo, *La pharmacie vaudoise au temps de la prépondérance radicale 1845-1945*, Liebefeld, SGGP/SSHP, 2000, pp. 353-356 et 365-413.

²³⁹ Pierre Germond, *Chronique des Pharmacies de la région veveysanne de 1326 à 1989*, Vevey, P. Germond, 1989, pp. 47-48.

²⁴⁰ Adrien Dolivo, op. cit., p. 387.

aux spécialités produites par l'industrie pharmaceutique. Il écrit ensuite : « Pour illustrer, au point de vue budgétaire, la nécessité de l'emploi de nos produits "loco" [i.e. maison], nous ne donnerons qu'un seul exemple, celui des suppositoires Algine dose forte remplaçant les suppositoires Cibalgine dose forte. Notre fabrication mensuelle est de 600 pièces en moyenne, nous revenant à Fr. 3.32 le cent, soit Fr. 19.92 les 600. Le prix d'achat de la spécialité est de Fr. 22.40 le cent (prix de gros !). Notre fabrication nous permet ainsi de réaliser mensuellement une économie de Fr. 114.50, soit par an Fr. 1'374.- pour cette seule activité. »²⁴¹ Les efforts de rationalisation passent aussi par une collaboration avec le corps médical. Freudweiler établit la liste complète des produits utilisés dans l'ensemble de l'Hôpital cantonal en 1937 et soumet ce document de 27 pages comprenant plus de 400 noms de médicaments à l'examen des divers chefs de service « en vous priant de bien vouloir annoter les spécialités importantes qui sont d'un usage courant dans votre service, et à la place desquelles il y aurait lieu de créer des formules magistrales originales pouvant remplacer les spécialités en question, ainsi que toutes celles à l'indication thérapeutique analogue. Pour la création de ces formules originales nous vous prions de nous indiquer les constituants que vous désirez y voir figurer, éventuellement avec leur dosage, ceci en vue de la mise au point et de la présentation de ces préparations sous leur forme la mieux appropriée. D'autre part nous sommes frappé de constater que certains produits de la Pharmacopée ne sont pas utilisés à l'Hôpital. Tel est le cas par exemple pour le Bromisovalum (nom de fantaisie Bromuval) qui pourrait remplacer des spécialités telles que le Sedormid. »²⁴²

Ces projets de Freudweiler se heurtent très rapidement à l'hostilité des entreprises pharmaceutiques, en particulier celle des maisons bâloises regroupées au sein de l'Association des fabricants suisses de produits chimiques pharmaceutiques²⁴³. Dans une lettre adressée aux médecins-chefs de l'Hôpital cantonal, cette association s'insurge contre les desseins du Service de pharmacie (1937). La société Hoffmann-LaRoche en particulier se fait dissuasive : elle menace de supprimer les conditions spéciales faites à l'Hôpital cantonal (rabais sur le prix de gros) au cas où Freudweiler continuerait la production maison de comprimés Alyba concurrents. Elle menace aussi de rompre toute relation avec l'Etat de Vaud et rappelle que ses dons ont récemment permis l'acquisition d'un cardiographe à l'Hôpital Nestlé (clinique médicale universitaire). Il n'en faut pas plus pour voir les autorités hospitalières intervenir auprès du pharmacien, conscient que « la préparation de tous ces produits dans nos

²⁴¹ ACV, K VIII B 63/2, rapport de Freudweiler au CSH, 20 janvier 1938.

²⁴² ACV, K VIII B 63/2, lettre du Service sanitaire aux chefs de service, 30 avril 1938.

²⁴³ Sandoz (BS), Hoffmann-La Roche (BS), Wander (BE), Société pour l'industrie chimique (BS).

laboratoires n'est pas du goût des grandes fabriques, notamment de Ciba et surtout de Hoffmann-la Roche »²⁴⁴ mais résolu à mener sa réforme à son terme. Le directeur de l'Hôpital intervient énergiquement auprès du Service sanitaire à qui il écrit : « Pour ce qui nous concerne, nous ajouterons que les dons auxquels il est fait allusion, et effectués en faveur de nos services hospitaliers, atteignent un chiffre important, et nous ne les connaissons pas tous. Il semble donc indiqué, dans l'intérêt des finances de l'Etat, de renoncer à la substitution précitée, et de s'en tenir aux remèdes originaux, tout au moins pour ceux de provenance de la Maison Hoffmann-la Roche. »²⁴⁵

Freudweiler ne parvient donc pas à entrer en concurrence avec l'industrie pharmaceutique pour la production de médicaments. Il tente encore d'intervenir en 1947 en dénonçant un recours aux premiers antibiotiques jugé abusif. Mais la pénicilline réduit la durée d'hospitalisation de trois semaines à 2-3 jours : l'efficacité médicale de ce nouveau produit se double d'une limitation de la prise en charge des malades qui correspond aux attentes de l'administration hospitalière. Face à la révolution thérapeutique engendrée par l'adoption des antibiotiques, les réformes de Freudweiler font alors figure d'anachronisme.

*Tab. 21 Principaux fournisseurs de spécialités pharmaceutiques à l'Hôpital cantonal, 1943*²⁴⁶

Entreprise	Somme en frs	En %
Siegfried, Zofingen	31'194	16.7
Hoffmann-LaRoche, Bâle	26'382	14.1
Ciba, Bâle	21'425	11.5
Drogueries réunies, Lausanne	12'621	6.7
Sandoz, Bâle	12'265	6.6
Laboratoires Sauter, Genève	12'083	6.5
Divers	71'145	37.9
Total	187'115	100.0

De plus, il faut souligner l'efficacité de l'industrie chimique, qui développe une intense activité lobbyiste parallèlement à la recherche pharmaceutique. La création de l'Académie suisse des sciences médicales en 1943 est notamment l'occasion d'institutionnaliser les liens entre le monde industriel et le monde médical : avant même la fondation officielle de l'ASSM, les grandes compagnies pharmaceutiques suisses mettent à disposition des chercheurs universitaires quelques centaines de milliers de francs²⁴⁷. En outre, la contribution des

²⁴⁴ ACV, K VIII B 63/2, rapport de Freudweiler au CSH, 20 janvier 1938.

²⁴⁵ ACV, K VIII B 63/2, lettre de Nicoud au Service sanitaire, 19 juin 1937.

²⁴⁶ ACV, K VIII D 45, liste des spécialités pharmaceutiques achetées en 1943. Sont représentées dans ce tableau les entreprises qui fournissent pour plus de 10'000 francs de spécialités.

²⁴⁷ Voir chapitre 1, pp. 99ss.

sociétés Sandoz et Nestlé au développement immobilier de l'Hôpital cantonal va dans le même sens. Enfin, les départements de recherche-développement de l'industrie pharmaceutique accueillent parfois des anciens chercheurs universitaires et entretiennent ainsi des liens privilégiés avec le secteur hospitalier²⁴⁸. Certaines compagnies financent elles-mêmes des postes de médecins-assistants dans les hôpitaux pour y effectuer les tests cliniques de nouveaux médicaments, à l'exemple d'Hoffmann-LaRoche qui prend en charge vers la fin des années 1950 un poste d'assistant à l'Hôpital de Saint-Loup où est réalisée l'étude clinique de médicaments tels que le valium ou le bactrim²⁴⁹.

Lorsque les intérêts de l'Hôpital rejoignent ceux des médecins : fin des consultations ambulatoires gratuites (1944-1950)

La rationalisation des soins ambulatoires et polycliniques réussit parce qu'elle ne se fait pas contre les lobbies touchés par cette mesure – les assurances et les médecins établis en cabinet privé – mais avec eux. En effet, avec le développement des assurances-maladies au cours des années 1930, la Polyclinique universitaire et les consultations ambulatoires données à l'Hôpital cantonal perdent leur caractère caritatif et entraînent des revendications de la part des assurances et du corps médical, qui veulent tous deux, pour des raisons qui leur sont propres, mettre fin à la gratuité généralisée des soins ambulatoires.

La Société vaudoise des secours mutuels (SVSM) se plaint en 1944 que seuls ses membres se voient facturer les soins ambulatoires prodigués, parce qu'ils leur sont remboursés par la suite. Comme les soins ambulatoires sont gratuits pour les malades non assurés, il s'agit pour la SVSM d'une inégalité de traitement défavorable à l'extension de l'assurance-maladie dans la population. Quant aux médecins, ils dénoncent le manque à gagner qui résulte pour eux des consultations gratuites. Le prof. Maurice Jaccottet se fait le porte-parole des médecins en 1946 et déclare que « des consultations à prix réduit me paraissent être une concurrence déloyale vis-à-vis des médecins praticiens. »²⁵⁰ Il est appuyé par plusieurs de ses collègues médecins-chefs, comme le prof. Jaeger, chef de la clinique dermatologique, qui écrit à la

²⁴⁸ A titre d'exemple, relevons le cas des recherches menées au début des années 1940 par le prof. Alfred Fleisch, directeur du Laboratoire de physiologie, en collaboration avec le laboratoire pharmacologique de Geigy, à Bâle, où travaille l'un de ses anciens assistants, le Dr Domenjoz. Fleisch informe en 1941 le Département de l'Instruction publique de ses activités et déclare travailler « à des recherches pharmacologiques tendant à découvrir de nouveaux produits chimiques à action antinévralgique et cardiaque et des sulfanilamides, substances nouvelles qui combattent efficacement les infections [...]. Ces recherches pharmacologiques, qui se poursuivent en collaboration étroite avec la maison Geigy, présentent l'avantage de ne comporter aucun frais pour l'Institut de Physiologie. » ACV, K XIII 342C, lettre de Fleisch au Département de l'Instruction publique, 30 juillet 1941.

²⁴⁹ Emile Bonard, op. cit., p. 27.

²⁵⁰ ACV, K VIII B 213/15, lettre de Jaccottet au CSH, 17 novembre 1946.

direction de l'Hôpital en 1948 : « Nous constatons en effet que certaines catégories de malades non dépourvus de tout moyen financier, viennent de plus en plus à nos consultations gratuites et de ce fait exploitent en quelque sorte l'Hôpital cantonal. »²⁵¹ De plus, les médecins-chefs se plaignent des conditions d'hospitalisation préférentielles pour les assurés de la CNA. La convention signée en 1918 prévoit en effet des honoraires médicaux inférieurs à ceux du tarif cantonal (entre 10 et 50% selon l'acte). Dénonçant une concurrence déloyale pour le corps médical, ils obtiennent sa rupture en 1947.

Les autorités politiques prennent en compte les revendications des médecins dans le cas de la convention avec la CNA. Pour ce qui est de l'abandon de la gratuité des consultations ambulatoires, le Département de l'Intérieur réfléchit à la question depuis 1944 et se déclare peu après favorable à cette mesure, essentiellement pour des raisons de rentabilité financière, mais propose des consultations à prix réduit pour des raisons sociales²⁵². Les consultations ambulatoires des services d'ORL, de chirurgie et de dermatologie sont réformés dans ce sens en 1946. Elles rapportent cette année-là une somme totale de 15'862 francs, ce qui reste dérisoire dans le budget général de l'Hôpital (0.75% des recettes d'exploitation en 1946). Les recettes de polyclinique augmentent pourtant rapidement. Elles se montent à 64'198 francs en 1950 (1.6% des recettes d'exploitation) et à 126'739 francs en 1953 (2.6%)²⁵³. Il s'agit surtout de répondre aux revendications des médecins et dénoncer les abus, à l'exemple du CSH qui déclare en 1947 que l'« on a même constaté des dames en manteau de fourrure qui montaient en taxi à la Clinique infantile présenter leur enfant à la consultation gratuite. »²⁵⁴ Cependant, cette logique financière ne peut à elle seule répondre aux attentes du Service sanitaire. En effet, l'abandon de la gratuité des soins ambulatoires risque de compromettre la médecine sociale et préventive, particulièrement en ce qui concerne la lutte contre les maladies vénériennes. Le CSH refuse donc en 1948 d'abandonner la gratuité des soins en polyclinique de dermatologie, malgré la demande de Jaeger, en raison du principe selon lequel il faut « donner la priorité au coût social du problème. »²⁵⁵ De plus, les polycliniques ont une fonction régulatrice des hospitalisations et limitent l'encombrement de l'Hôpital cantonal. Le prof. Vannotti explique ainsi en 1949 que le but de la polyclinique médicale est « de poser des diagnostics précis pour éviter des hospitalisations superflues. Cette façon de procéder

²⁵¹ ACV, K VIII D 68, 30 juin 1948.

²⁵² ACV, K VIII B 213/15, dossiers de Me Henri Rapin, membre du CSH.

²⁵³ CRCE, Département de l'Intérieur, 1946-1953. Ce chiffre n'est plus mentionné dans les rapports suivants.

²⁵⁴ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 22 janvier 1947.

²⁵⁵ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 26 juillet 1948.

[permet] de réaliser des économies substantielles. »²⁵⁶ C'est sous la période Jequier-Doge (1950-1977) que la Policlinique se modernise véritablement. Le Grand Conseil adopte en 1957 un décret qui accorde un nouveau statut juridique à l'établissement et l'ouvre aux patients solvables, notamment ceux envoyés par des médecins établis en ville pour des analyses plus approfondies²⁵⁷. Désormais, les consultations ambulatoires sont mises sur un pied d'égalité avec les hospitalisations, puisque seuls les indigents se voient rembourser leurs frais.

Réorganisation du service comptable (1938-1941)

Les premières velléités de restructuration de la comptabilité de l'Hôpital se font jour au début des années 1920, dans un climat de crise des finances publiques et de réorganisation de l'administration cantonale²⁵⁸. En 1921, le directeur Mermoud se plaint au CSH des médecins-chefs qui passent des commandes d'instruments sans se soucier des budgets de l'établissement. Il désire que ce soit la direction qui ait le contrôle des dépenses, et obtient du CSH que les chefs de service disposent d'un budget autonome mais demandent une autorisation au-delà d'un montant fixé par le Département de l'Intérieur. Les médecins-chefs contournent largement cette mesure par l'intermédiaire des fonds privés attachés à leur service, sur lesquels ils ont un contrôle complet, mais qui ne dépendent pas des finances publiques et sont comptabilisés hors du budget de l'Hôpital²⁵⁹. En 1923, le Grand Conseil nomme deux députés – Burnens, négociant en gros à Lausanne, et Cornaz, de St-Prex – chargés d'examiner la possibilité de simplifier l'organisation de l'Hôpital cantonal et de l'Asile psychiatrique de Cery mais ces tentatives n'aboutissent pas²⁶⁰.

Il faut attendre la fin des années 1930 pour assister à une véritable réforme de l'administration et de la comptabilité de l'Hôpital²⁶¹. Le CSH recourt alors à des gestionnaires professionnels comme experts pour cette restructuration. La réorganisation des services administratifs est confiée à un comptable-contrôleur du Département des Finances (Matthey) et à un expert-

²⁵⁶ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 8 décembre 1949.

²⁵⁷ BGC, 6 mai 1957. Jusqu'alors, le cadre juridique de la Policlinique universitaire est flou. Il s'agit d'un établissement privé lié au Département de l'Instruction publique en ce qui concerne l'enseignement universitaire qui y est donné mais théoriquement autonome pour ses autres activités, telles que les soins ambulatoires. Par décret du 28 décembre 1956 (accepté par le Grand Conseil le 13 mai 1957), le Conseil d'Etat fait de la Policlinique un établissement de droit public et peut ainsi intervenir dans sa gestion.

²⁵⁸ Voir François Wisard, op. cit., pp. 249-266.

²⁵⁹ Voir pp. 177ss.

²⁶⁰ De manière générale, les tentatives de restructuration de l'administration cantonale et le programme d'économies adopté au début des années 1920 débouchent sur des échecs. François Wisard, op. cit., pp. 249-266.

²⁶¹ ACV, K VIII D 65.

comptable indépendant de Lausanne (Thibaud). Ils interviennent par exemple en faveur d'un contrôle centralisé de l'éconamat, qui mène à la réorganisation des cuisines²⁶², mais surtout au niveau du secrétariat. Ils font acheter des meubles à dossiers suspendus Bigla pour y classer les dossiers administratifs des malades par ordre alphabétique, ainsi que des machines à affranchir le courrier. Mais surtout, ils demandent la réorganisation du service du contentieux.

En effet, les comptes de l'Hôpital ne comprennent dans la rubrique "pensions des malades" que les sommes effectivement encaissées et non celles facturées²⁶³. Il s'ensuit un déficit comptable plus important que prévu, ainsi qu'un important manque à gagner : Matthey et Thibaud parlent en 1938 d'environ 2'500 créances litigieuses par année. Les pensions des malades sont alors une ressource essentielle au fonctionnement de l'Hôpital : elles représentent 84.3% des recettes de l'établissement dans les années 1930. On comprend donc aisément l'urgence qu'il y a à remédier à ce dysfonctionnement. La direction de l'Hôpital en est d'ailleurs consciente. Elle a nommé en 1936 déjà un nouveau fonctionnaire chargé du contentieux, Victor Bertolini, ancien officier d'état-civil à Moudon et agent d'affaires au chômage. A son arrivée, les documents administratifs relatifs aux malades ne sont ni classés, ni datés, ni numérotés, ni rangés dans des dossiers personnalisés²⁶⁴. L'organisation systématique de ces dossiers de malades ne suffit pourtant pas à faire rentrer les factures impayées. En 1943, l'administration hospitalière avance le chiffre de 6'000 créances litigieuses par année, soit une somme d'environ 300'000 francs, ce qui correspond à près de 17% des pensions facturées et 10% des dépenses de fonctionnement²⁶⁵.

Le travail entrepris par Matthey et Thibaud n'a donc qu'une très faible incidence financière sur le service du contentieux, essentiellement parce que, comme l'explique la maison Bertarionne chargée d'expertiser cette réforme, on a affaire à un type de patients qui ne peuvent s'acquitter de leur dû pour des raisons sociales et non de mauvaise volonté. Le directeur Rubattel écrit ainsi au Département de Finances qui étudie la possibilité d'une hausse des pensions pour remédier au problème du contentieux que « le gros des malades de l'Hôpital (Vaudois, Confédérés et étrangers) se recrute dans les milieux très modestes »²⁶⁶ et qu'il n'est pas possible de plus les charger. A terme, c'est le développement des assurances-maladies qui permettra de régler ce problème, domaine dans lequel Raymond Gafner,

²⁶² Voir ci-dessous, pp. 193ss.

²⁶³ ACV, K VIII D 37.

²⁶⁴ Selon un rapport de l'étude Bertarionne de Lausanne chargée en 1938 d'expertiser le travail fait jusque-là par Bertolini. ACV, K VIII D 64.

²⁶⁵ ACV, K VIII D 37.

directeur de l'Hôpital cantonal depuis 1944, se révélera très actif dans l'immédiat après-guerre, principalement dans le cadre de l'élaboration d'une nouvelle politique hospitalière cantonale²⁶⁷.

La réorganisation des cuisines de l'Hôpital (1936-1940)

Principale dépense des établissements hospitaliers avant leur transformation à la fin du 19^e siècle²⁶⁸, l'alimentation des malades reste d'un coût extrêmement élevé. Cette rubrique représente environ 40% du total des dépenses d'exploitation dans les années 1883-1920 et se monte à une valeur annuelle qui oscille entre 150'000 et 200'000 francs jusqu'en 1914. Dans les années 1920 et 1930, les dépenses d'alimentation restent globalement stables (environ 500'000 francs par année) mais les autorités hospitalières craignent leur forte augmentation à court terme, en raison de la multiplication des bâtiments hospitaliers – et donc des infrastructures culinaires.

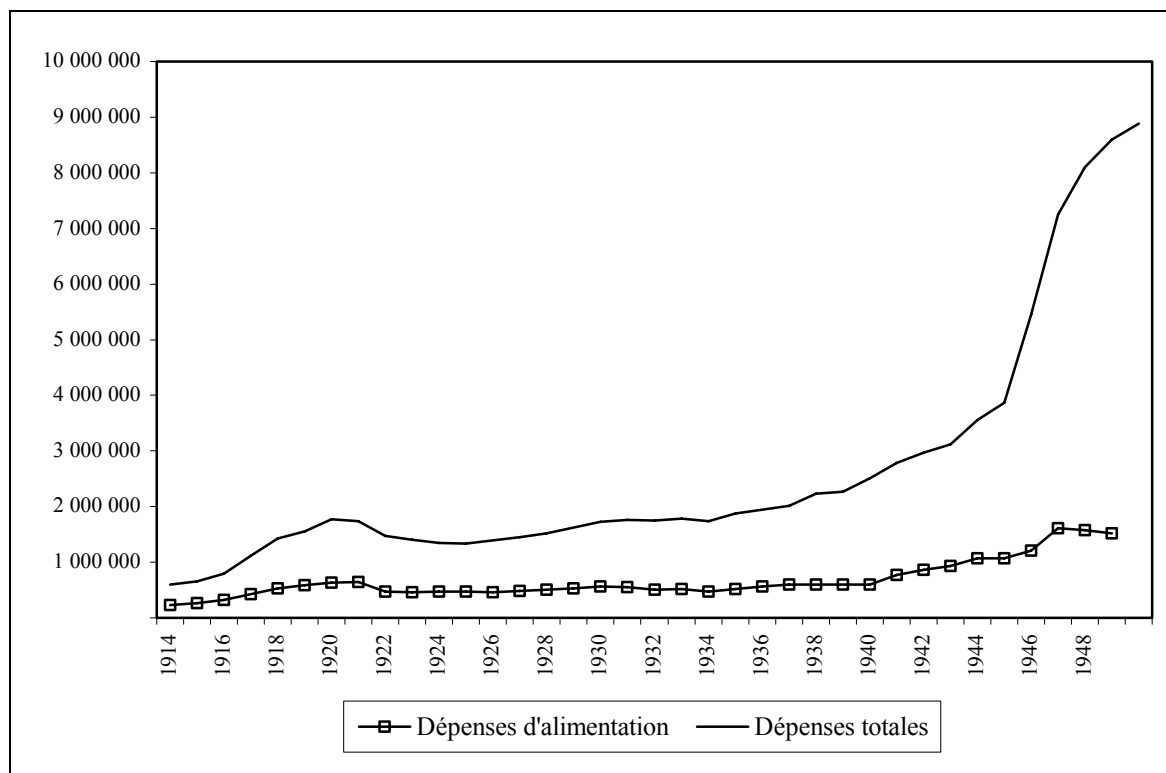
Pourtant, en regard des dépenses totales d'exploitation, on remarque que les frais d'alimentation sont relativement stables dans leur évolution et que la croissance des coûts hospitaliers ne peut être imputée aux cuisines de l'établissement. Bien au contraire, la part relative des dépenses d'alimentation dans le budget de l'Hôpital est en baisse au cours de l'entre-deux-guerres et chute de 35.8% en 1920 à 17.3% en 1950. C'est donc plus un risque perçu de dispersion des infrastructures culinaires et un souci de rationalisation que de véritables soucis financiers qui expliquent la politique de réorganisation des cuisines de l'Hôpital entreprise au cours des années 1930.

²⁶⁶ ACV, K VIII D 37, lettre de Rubattel au Département des Finances, 9 avril 1943.

²⁶⁷ Voir chapitre 4.

²⁶⁸ Les dépenses d'alimentation représentent plus de la moitié des dépenses d'exploitation dans les hôpitaux français sous l'Ancien Régime. Elles se montent à 54% des dépenses à l'Hôpital bourgeois de Porrentruy dans les années 1815-1870 et à 38% à l'Hôpital cantonal de Lausanne dans les années 1850-1882. Maurice Rochaix, *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours. Contribution à l'étude des problèmes hospitaliers contemporains*, Paris, Berger-Levrault, 1996, 997 p. ; Pierre-Yves Donzé, *L'hôpital bourgeois...*, op. cit., p. 73 ; CRCE, Département de l'Intérieur, 1850-1883.

Graph. 11 Hôpital cantonal, dépenses d'alimentation et dépenses totales d'exploitation, en francs, 1914-1950²⁶⁹



Il s'agit surtout de placer les diverses cuisines de l'Hôpital cantonal sous une même autorité, de centraliser les commandes et les stocks de nourriture, et de coordonner leur distribution entre les divers bâtiments. C'est le conseiller d'Etat Bosset qui demande en 1937 au directeur de l'Hôpital la réalisation d'un cahier des charges pour le poste de chef des cuisines. Rédigé avec l'aide du président de la Société vaudoise des cafetiers (Meng, de Vevey) et du directeur du Buffet de la Gare de Lausanne (André Oyez²⁷⁰) ce document prévoit que « le chef de cuisine doit posséder une formation professionnelle, théorique et pratique »²⁷¹, alors que jusque-là la fonction est remplie par une diaconesse. La place est attribuée à un chef diplômé, Eugène Collioud, qui prend rapidement des mesures de contrôle des flux de marchandises. A leur arrivée, il vérifie la qualité des produits et leur poids, particulièrement pour la viande – que les bouchers pesaient jusqu'alors avec les os, ce que refuse désormais le chef – puis les met sous clé dans des armoires et des frigidaires. Un cahier des entrées et sorties de marchandises est tenu à jour quotidiennement. Enfin, il décide la fermeture de la cuisine aux personnes qui n'ont rien à y faire – « bien des petits plats, truites, filets de perche, etc. ont

²⁶⁹ CRCE, Département de l'Intérieur, 1914-1950.

²⁷⁰ André Oyez (1889-1957) : directeur de divers hôtels en Suisse et à l'étranger, dont le Buffet de la Gare de Lausanne. Jean-Pierre Chuard, *Helvétia...*, op. cit., p. 586.

passé directement de la cuisine sur la table du Directeur. »²⁷² Ces diverses mesures, destinées à éviter le gaspillage provoqué par une organisation non rationnelle des cuisines, se doublent d'une volonté éducative à l'encontre du personnel de cuisine subalterne : « [...] précédemment, il restait chaque jour après le repas de midi deux grosses chaudières de soupe, une fois la distribution terminée. Cette soupe était versée dans des bidons, puis réchauffée le lendemain pour midi, avec une quantité semblable à celle du jour précédent. On y introduisait différents restes et pour corser le tout une bouteille entière de Maggi y passait. Toute la semaine, cette soupe revue et augmentée était préparée de cette façon. La première tâche du Chef a été d'apprendre à son personnel de cuisine comment on fabriquait une soupe et à n'en cuire que la quantité strictement nécessaire aux besoins des malades et du personnel. Puis est arrivée la question d'épluchage des légumes. On enlevait facilement un centimètre d'épaisseur des légumes avec la pelure, d'où gaspillage de la marchandise et naturellement augmentation dans une notable proportion du nombre de kilos nécessaires à une préparation normale. »²⁷³

Cette réorganisation entraîne de nombreuses plaintes en 1938 sur la quantité et la qualité des repas, en provenance de plusieurs services (maternité, tuberculeux, etc.)²⁷⁴, mais elle ne remet pas en question le processus de rationalisation des cuisines. Deux ans plus tard, le directeur de l'Hôpital écrit au Service des Hospices que « poursuivant nos efforts tendant à une exploitation rationnelle de notre Etablissement, nous envisageons l'emploi d'une machine à rationner le beurre. »²⁷⁵ L'Hôpital pourrait ainsi acheter le beurre en gros – d'où une économie sur le prix à l'achat – et confectionner lui-mêmes les rations, qui seraient par la même occasion réduites – « une diminution de 5 gr. par ration ne se remarque pas. »²⁷⁶ Selon les calculs de la direction, cette machine devrait permettre un bénéfice après amortissement en 1940 de près de 6'000 francs.

Tab. 22 *Hôpital cantonal, frais d'alimentation par journée de malade, en francs courants, 1930-1940*²⁷⁷

1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940
1.52	1.46	1.30	1.18	1.09	1.14	1.22	1.27	1.23	1.27	1.25

²⁷¹ ACV, K VIII D 10/2, Cahier des charges du chef de cuisine, 7 août 1937.

²⁷² ACV, K VIII D 10/2, rapport au Conseil d'Etat, non signé (probablement rédigé par le chef de cuisine), 28 octobre 1937.

²⁷³ Ibidem.

²⁷⁴ ACV, K VIII D 14.

²⁷⁵ ACV, K VIII D 24, lettre du directeur au Service des Hospices, 29 janvier 1940.

²⁷⁶ Ibidem.

²⁷⁷ CRCE, Département de l'Intérieur, 1930-1940.

La restructuration des cuisines de l'Hôpital a un effet à très court terme sur les finances de l'établissement. Les frais d'alimentation par journée de malade restent en effet stables à la fin des années 1930. A plus long terme, il devient difficile de mettre en relation cet indice avec les seuls effets de la restructuration des cuisines, spécialement en raison de l'inflation des années d'après-guerre, qui influence fortement la croissance des prix. Le cap du million de francs de dépenses d'alimentation est franchi en 1944.

Le principal résultat de cette restructuration n'est pas tant financier mais plutôt organisationnel. Elle permet en effet à l'Hôpital d'envisager l'hospitalisation de malades à très large échelle, sans que l'intendance alimentaire ne devienne un frein à la croissance. L'entre-deux-guerres est aussi l'époque qui voit l'apparition de monte-plats et de matériel de transport de nourriture dans les hôpitaux. La maison Schaerer, qui s'est distinguée dans la production de matériel chirurgical standardisé, est aussi présente dans le domaine de l'industrialisation du service hôtelier des hôpitaux. Elle met notamment au point au cours des années 1940 des chariots de transport de nourriture et des machines à peler les légumes²⁷⁸, dont une est installée en 1950 dans les cuisines de l'Hôpital cantonal²⁷⁹.

Conclusion

Les diverses réorganisations dont est l'objet l'Hôpital cantonal montrent qu'elles ne peuvent se réaliser qu'avec l'accord des lobbies touchés par les projets de réformes (gratuité des soins ambulatoires) ou en l'absence de lobby structuré (contentieux, cuisines), la tentative de rationalisation de la pharmacie illustrant à contrario le cas d'une réforme tentée à l'encontre d'un lobby trop puissant. Ces considérations ne se limitent pas à la rationalisation qui a cours dans les années 1930 et 1940. Durant cette phase, les autorités hospitalières (direction, Service des Hospices, Service sanitaire, Département de l'Intérieur) font l'expérience d'une intervention croissante de lobbies organisés dans le système hospitalier avec lesquels il faudra compter dans la construction d'une nouvelle politique hospitalière après 1945.

La période 1920-1950 est aussi pour les autorités hospitalières la première étape d'une prise de conscience de la nécessité d'organiser le système hospitalier. Ces considérations se limitent alors essentiellement à la cité hospitalière lausannoise en proie à une expansion tous azimuts. La volonté de coordination entre les diverses unités de soins qui constituent l'Hôpital cantonal, d'évaluation des besoins à venir et d'aménagement du territoire deviennent les

²⁷⁸ www.espacenet.ch (consulté en juillet 2003).

²⁷⁹ CRCE, Département de l'Intérieur, 1950.

lignes de force d'une politique hospitalière appliquée à l'ensemble du canton après 1945. Quant à l'Hôpital cantonal, il entre dans une nouvelle phase au cours des années 1950 qui voit le retour en force de l'Etat après trois décennies de partenariat avec le secteur privé. Ce phénomène s'explique par l'affirmation d'une nouvelle politique hospitalière cantonale dont l'Etat est le principal garant et dans laquelle l'Hôpital cantonal occupe une place centrale. Le contrôle et la coordination par l'Etat du système hospitalier nécessitent ceux de l'Hôpital cantonal.

4. L'Hôpital cantonal dans les années 1950 : le retour de l'Etat

Les années 1950 sont une phase de transition entre une période de développement tous azimuts fondé sur l'intervention du secteur privé et une autre d'extraordinaire croissance qui apparaît au cours des années 1960. Cette phase de recomposition du système hospitalier se traduit par l'affirmation de l'Etat comme un acteur majeur. Les autorités politiques ont désormais intégré l'Hôpital cantonal dans une politique hospitalière beaucoup plus globale qui prend en compte l'ensemble des établissements hospitaliers du canton. Dans ces conditions, il faut mener la politique de rationalisation au niveau cantonal et les aménagements dont est l'objet l'Hôpital cantonal ne peuvent se comprendre qu'à l'intérieur de ce nouveau cadre politique²⁸⁰.

Mesuré en terme de capacité d'accueil et de nombre d'hospitalisations, l'Hôpital cantonal apparaît comme étant dans une phase de stagnation. Le nombre de lits disponibles reste stable (1'158 en 1950 et 1'133 en 1960) et la croissance du nombre de malades ralentit. Les hospitalisations sont de 13'243 en 1950 et de 14'389 en 1960, après avoir atteint un sommet de 16'953 malades en 1957²⁸¹. La chute des années 1958-1960 n'est toutefois que passagère, puisque le nombre de malades hospitalisés dépasse les 17'000 personnes en 1963 et les 20'000 en 1969. De plus, cette baisse est perçue comme un effet positif de la convention signée par l'Etat en 1953 avec les hôpitaux régionaux pour l'hospitalisation des malades indigents, dont le coût réel de la prise en charge est payé par l'Etat depuis 1955. Ainsi, les malades indigents n'ont plus d'intérêt matériel à venir se faire soigner à l'Hôpital cantonal, ce qui permet un

²⁸⁰ Sur la politique hospitalière cantonale, voir chapitre 4.

²⁸¹ CRCE, Département de l'Intérieur, 1950-1960.

certain désengagement de l'établissement²⁸². Les administrateurs de l'Hôpital déclarent ainsi en 1960 que la baisse du nombre de malades « correspond parfaitement à une répartition plus rationnelle des malades dans le cadre hospitalier vaudois, qui est l'un des buts que nous poursuivons. »²⁸³

C'est plutôt au niveau de l'équipement et de l'environnement qualitatif qu'il faut chercher le dynamisme des années 1950. A l'exemple de ce qui se passe dans le Service de chirurgie²⁸⁴, on assiste à l'émergence et à l'affirmation de nouvelles spécialités médicales pour lesquelles des aménagements deviennent nécessaires. Le développement de l'environnement humain est un bon indicateur de cette transformation de la médecine. Le nombre d'employés est en très forte hausse : on passe de 805 personnes en 1950 (dont 66 médecins-assistants et 10 médecins-chefs) à 1'396 en 1960 (dont 82 médecins-assistants et 11 médecins-chefs). Le personnel connaît aussi un changement de nature, puisque l'institution de diaconesses de Saint-Loup retire graduellement ses sœurs dans les années 1946-1958 au profit d'un personnel laïcisé et internationalisé²⁸⁵. Il y a donc une forte densification de l'environnement humain au cours des années 1950. Le nombre d'employés par centaine de malades est un bon indice du capital humain investi dans l'Hôpital. Il reste très stable durant la première partie du 20^e siècle, avec une légère tendance à la hausse qui fait passer de 2.4 employés pour 100 malades en 1900 à 3.0 en 1920 et 3.6 en 1940. Cet indice se monte déjà à 6.1 en 1950 et à 9.7 en 1960, ce qui signifie que la densité du personnel a pratiquement triplé entre 1940 et 1960²⁸⁶. Corollaire de cette densification, les charges salariales occupent une place grandissante dans les dépenses d'exploitation de l'établissement. Alors qu'elles se montaient à 28.9% des dépenses totales en 1930 et 32.2% en 1940, elles atteignent 57.0% en 1950 et 60.7% en 1960²⁸⁷. L'affirmation du capital humain comme facteur premier de production a ainsi des incidences directes sur la comptabilité hospitalière.

²⁸² De plus, la direction de l'Hôpital a changé en 1959 sa manière de calculer le nombre de malades hospitalisés en ne prenant en compte que les entrées à l'Hôpital, alors que jusque-là le transfert d'un service à un autre est comptabilisé comme une nouvelle entrée. CRCE, Département de l'Intérieur, 1959.

²⁸³ CRCE, Département de l'Intérieur, 1960, p. 57.

²⁸⁴ Voir chapitre 1.

²⁸⁵ On compte déjà 12% d'étrangers dans le personnel de l'Hôpital cantonal en 1961. Louis-Samuel Prod'hom, Anne-Marie Clavel et J.P. Hamel, « L'hôpital universitaire : hier-aujourd'hui-demain », in *RMSR*, 1991, pp. 45-58.

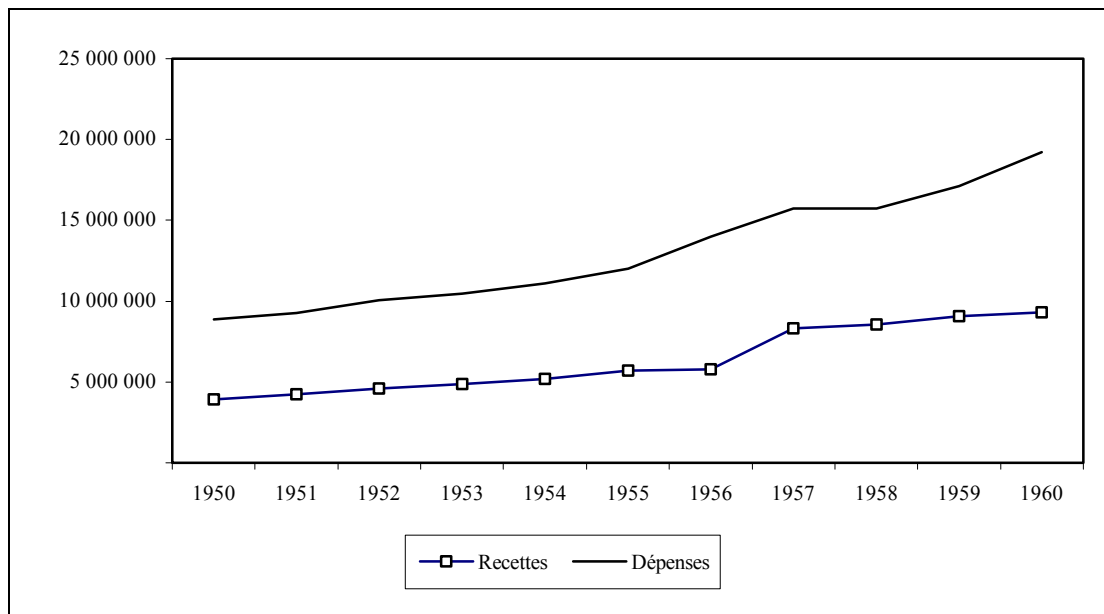
²⁸⁶ CRCE, Département de l'Intérieur, 1900-1960. On observe exactement la même tendance dans d'autres hôpitaux universitaires. A l'Hôpital cantonal de Genève, on passe de 3.5 employés pour 100 patients en 1900 à 3.6 en 1930, 6.6 en 1950 et 8.2 en 1960. Hôpital universitaire de Genève, Rapports d'activités, 1900-1960.

²⁸⁷ Louis-Samuel Prod'hom e.a., op. cit., p. 51. Cette hausse relative des charges salariales ne s'explique pas uniquement par la densification du personnel hospitalier mais aussi par sa laïcisation et l'amélioration des

Les ressources de l'Hôpital cantonal dans les années 1950

Malgré la tendance générale des dépenses à la hausse, l'Hôpital parvient à dégager des recettes propres qui lui permettent de ne pas plus dépendre de l'Etat pour son développement. La gestion financière de l'Hôpital se situe donc dans la pleine continuité de l'entre-deux-guerres.

Graph. 12 Dépenses et recettes de l'Hôpital cantonal, 1950-1960²⁸⁸



La couverture des dépenses par les recettes est même en légère augmentation (44.3% en 1950 et 48.4% en 1960). Quant à la structure des recettes de l'établissement, elle n'évolue pas vraiment depuis la fin des années 1930, même si l'on observe une baisse des pensions de malades (75.5% des recettes en 1950 et 64.8% en 1958) au profit des recettes en provenance des services annexes (radiologie, laboratoires, pharmacie) dont la part passe de 16.9% en 1950 à 29.0% en 1958²⁸⁹. La politique de rentabilisation de ces services annexes par leur mise à disposition du corps médical extérieur à l'Hôpital porte donc ses fruits.

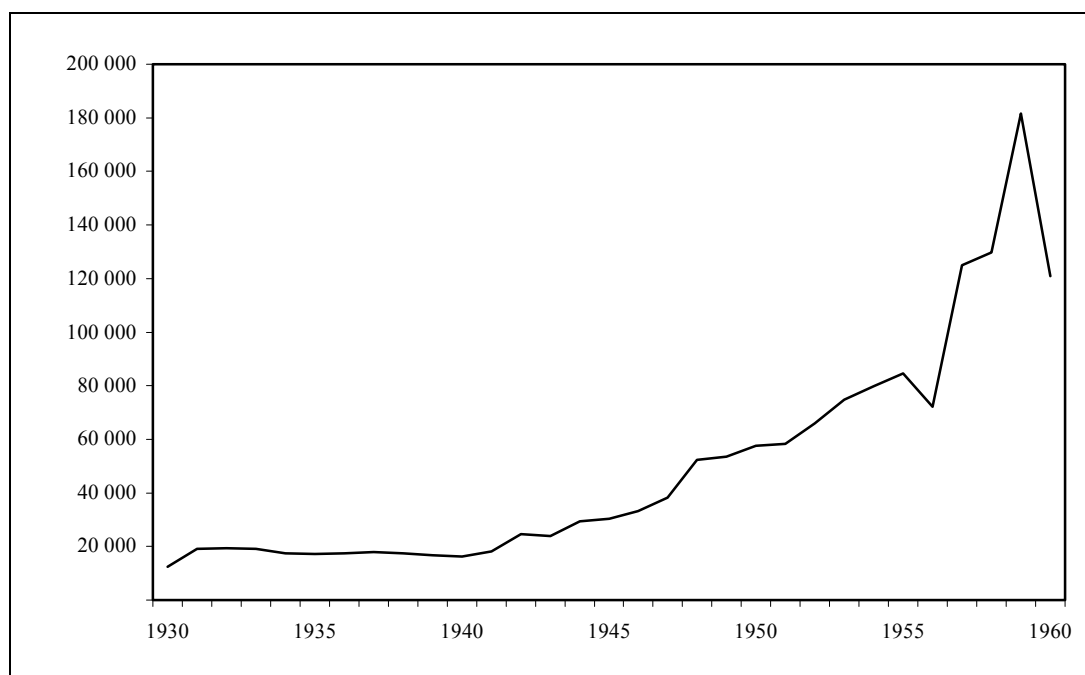
Enfin, les taxes opératoires sont toujours comptabilisées hors budgets d'exploitation et continuent à venir alimenter le Fonds de l'Hôpital cantonal pour financer des dépenses d'investissement.

conditions de travail (vacances, caisse de retraite, etc.), ainsi que l'a montré Joëlle Droux pour l'Hôpital cantonal de Genève. Joëlle Droux, *L'attraction...*, op. cit.

²⁸⁸ CRCE, Département de l'Intérieur, 1950-1960.

²⁸⁹ CRCE, Département de l'Intérieur, 1950-1958. Les chiffres détaillés ne sont pas disponibles après 1958. De plus, les recettes des services annexes ne sont pas détaillées après 1953.

Graph. 13 Taxes opératoires versées au Fonds de l'Hôpital cantonal, en francs courants, 1930-1960²⁹⁰



L'évolution de ce type de recettes illustre parfaitement la rupture importante qui se fait dans le Service de chirurgie avec l'ouverture de la nouvelle clinique chirurgicale de Decker en 1947. Avant cette date, les taxes opératoires encaissées sont limitées et surtout en voie de stagnation, ce qui éclaire les revendications et les protestations du prof. Decker à propos de l'obsolescence de son service dans les années 1932-1945. La nouvelle clinique chirurgicale permet d'entrer dans une phase de forte croissance. La barre de 40'000 francs de taxes est franchie pour la première fois en 1948 et les résultats des années 1950 confirment cette tendance, avec un sommet à 181'385 francs en 1959. La division du travail dans le Service de chirurgie et la multiplication des spécialités médicales ont un effet éminemment positif en termes de politique de développement de l'établissement. Dérisoires au niveau du budget d'exploitation – elles représentent en moyenne 0.7% des dépenses dans les années 1950 – ces taxes viennent alimenter une réserve pour investissement qui permet à la direction de l'Hôpital de proposer la mise à disposition de fonds propres lorsque des investissements sont demandés au Grand Conseil.

²⁹⁰ CRCE, Département de l'Intérieur, 1930-1960.

Développement de l'équipement hospitalier : fin du partenariat avec le secteur privé

La construction de la nouvelle clinique chirurgicale est l'occasion d'un retour en force de l'Etat dans le financement de l'équipement de l'Hôpital cantonal. Elle met fin à une politique de développement hospitalier reposant sur le secteur privé qui a duré plus de 25 ans. L'obsolescence de la clinique chirurgicale au début des années 1940 – elle n'a pas connu de rénovation depuis 1914 – met en lumière les limites de cette politique. Depuis son entrée en fonction (1932), le prof. Decker ne cesse de revendiquer une amélioration de son service, pour des raisons pédagogiques (formation des chirurgiens), scientifiques (développement de la recherche en chirurgie) et financières (concurrence avec les services de chirurgie des cliniques privées et des hôpitaux régionaux)²⁹¹. La modernisation de cette clinique est donc déterminante pour l'Hôpital cantonal mais aucun philanthrope ne se profile pour en assurer le coût. En l'absence de financement privé, les autorités politiques se décident à intervenir au début des années 1940.

Les divers crédits accordés à cette construction (1.35 million de francs en 1942, 1.8 million de francs en 1945, 934'500 francs en 1949) sont l'occasion d'affirmer les inconvénients de la politique hospitalière menée dans l'entre-deux-guerres. Le Dr Maurice Jeanneret, député POP, explique en 1945 au Grand Conseil « quelle était, ces dernières années, la technique du Conseil d'Etat pour l'amélioration de nos bâtiments hospitaliers [...]. On attendait qu'un millionnaire, si possible médecin et célibataire, meure en léguant sa fortune à l'Etat. »²⁹² Le conseiller d'Etat responsable de cette politique, Norbert Bosset, appuie d'ailleurs les déclarations du médecin popiste en expliquant que « ces donations étaient elles-mêmes subordonnées à certaines conditions auxquelles nous devons nous soumettre. C'est ainsi que, par exemple, lorsque j'eux à discuter de la question de l'Hospice Rossier, c'est-à-dire de l'établissement annexe à la maternité, M. Benjamin Rossier, qui était venu me voir au nom de la famille, avait posé comme condition que l'Etat pût parfaire la somme nécessaire et que le projet envisagé fût immédiatement mis à exécution. Il en fut de même lors des pourparlers avec M. Dapples pour la donation Nestlé. La condition qui nous était imposée était d'entreprendre cette construction avant toute autre. [...] »²⁹³

Après 1945, le développement de l'équipement hospitalier est pensé dans un cadre politique nouveau visant à prendre en considération les besoins sanitaires de l'ensemble du canton. L'Etat adopte une position volontariste et beaucoup moins passive qu'auparavant. S'il veut

²⁹¹ Voir pp. 316ss.

²⁹² BGC, 22 mai 1945.

²⁹³ Ibidem.

faire de l'Hôpital cantonal le pivot d'un système hospitalier organisé et coordonné, il doit prendre en main lui-même le développement de son équipement.

Tab. 23 Principaux crédits accordés par le canton de Vaud au développement de l'Hôpital cantonal, 1942-1960²⁹⁴

Date	Somme (en francs)	Affectation
1942	1.35 million	Clinique chirurgicale
1945	1.8 million	Clinique chirurgicale
1946	496'000	Buanderie
1946	264'000	Travaux de rénovation divers
1947	198'000	Transformations électriques
1949	934'500	Clinique chirurgicale
1949	160'000	Travaux de rénovation divers
1950	350'000	Bâtiment pour le personnel hospitalier
1951	1.2 million	Radiologie
1953	539'000	Transformation du Pavillon Bourget
1953	295'000	Agrandissement de l'auditoire de pédiatrie
1954	273'000	Transformations électriques
1954	160'500	Installation de la radiodiffusion
1955	95'620	Transformation du laboratoire de dermatologie
1957	9 millions	Agrandissement de l'Hôpital Nestlé (Clinique médicale)

La clinique chirurgicale revient ainsi à plus de quatre millions de francs à l'Etat mais ne rencontre pas de véritable opposition, la nouvelle politique hospitalière étant fondée sur un très large consensus politique. Il en est de même pour l'ensemble des crédits accordés par le Grand Conseil en faveur de l'Hôpital cantonal jusqu'à la fin des années 1950. Au total, l'Etat investit près de 17 millions dans cet établissement durant les années 1942-1960.

Durant la période 1940-1960, le système hospitalier prend une place toujours plus importante au sein de l'administration cantonale. Alors que le Service des Hospices représente environ 10% du budget de l'Etat dans l'entre-deux-guerres (10.7% en 1940), cette part passe à 13.7% en 1950 et 15.0% en 1960. Cette croissance est essentiellement le fait de l'Hôpital cantonal, dont la part est de 40.1% des dépenses du Service des Hospices en 1930, 54.5% en 1940, 59.1% en 1950 et 64.5% en 1960. A lui seul, l'Hôpital cantonal représente 9.7% des dépenses de l'Etat en 1960²⁹⁵.

²⁹⁴ BGC, 1945-1960.

²⁹⁵ CRCE, Département de l'Intérieur, 1940-1960.

Conclusion

Les nombreuses réformes, adaptations et restructurations dont est l'objet l'Hôpital cantonal de Lausanne visent toutes à améliorer son fonctionnement et à lui procurer des moyens financiers suffisants. Le renforcement de la direction administrative dans les années 1870, la diversification des ressources au cours des années 1880-1914, le rapprochement avec le secteur privé durant l'entre-deux-guerres, la rationalisation de la période 1930-1950, etc. apparaissent en effet comme autant d'éléments tendant vers ces buts, afin d'offrir un cadre matériel adéquat à la croissance hospitalière.

La gestion d'un établissement devenu plus grand, plus complexe et plus coûteux n'est possible que grâce à une structure administrative qui se renforce et s'autonomise. Cette véritable "direction commerciale" de l'hôpital a pour rôle non seulement d'assurer l'ordre dans l'établissement et son fonctionnement au quotidien, mais aussi de gérer la croissance hospitalière et de la rendre possible grâce à des ressources suffisantes. Le développement de l'infrastructure hospitalière nécessite en effet des moyens financiers en constante hausse que l'Etat ne peut fournir seul. C'est en s'ouvrant à des catégories de malades rentables, principalement les ressortissants des classes moyennes et supérieures, ainsi que les personnes affiliées à une assurance-maladie, que la direction de l'Hôpital parvient à dégager de nouveaux revenus (pensions, taxes opératoires, taxes de radiologie, etc.). Les malades deviennent ainsi la principale source de financement de l'Hôpital au cours des dernières années du 19^e siècle, ce qui explique dans une large mesure l'affirmation progressive d'une véritable logique de type marketing dans la gestion hospitalière : il s'agit pour l'Hôpital de se positionner sur un marché des soins de plus en plus concurrentiel. L'exemple du développement du Service de radiologie est à cet égard particulièrement parlant. On a affaire dans ce cas à un type de service extrêmement rentable, qui tend à se multiplier au sein du système hospitalier, et dont la constante modernisation répond autant aux besoins scientifiques du médecin-chef qu'à la nécessité de conserver une position dominante sur le marché des soins. En effet, l'Hôpital cantonal n'est pas le seul lieu d'hospitalisation du canton. Il entre directement en concurrence avec les hôpitaux régionaux, les établissements spécialisés lausannois et les cliniques privées, qui recherchent eux-mêmes à augmenter leur part de marché dans l'hospitalisation des malades. L'exemple des hôpitaux régionaux, abordé dans le chapitre suivant, met en lumière la transformation d'établissements locaux complémentaires à l'Hôpital cantonal en hôpitaux à l'infrastructure médico-technique modernisée et concurrentielle.

Chapitres 3

L'arrivée des chirurgiens-modernisateurs dans les infirmeries locales et leur transformation en entreprises modernes

Introduction

L'hospitalisation dans le canton de Vaud n'est de loin pas le seul fait de l'Hôpital cantonal de Lausanne. Dès les années 1840, le territoire vaudois se couvre en effet d'un grand nombre d'infirmeries locales, qui assurent bientôt près de la moitié de la capacité d'accueil du système hospitalier. A leur origine, ces établissements de petite dimension, liés aux élites philanthropiques proches du Réveil protestant, dépendent très largement de la générosité privée. Ce ne sont pas de quelconques progrès médicaux qui sont à l'origine de la fondation des infirmeries vaudoises mais plutôt une prise de conscience de la question sociale par les élites traditionnelles¹.

Dans les dernières décennies du 19^e siècle (1880-1900), les hôpitaux philanthropiques connaissent une grave crise financière, que certains historiens imputent à la dépression

¹Ce phénomène n'est pas propre au canton de Vaud. L'historien américain Morris Vogel a montré que les hôpitaux américains créés au 19^e siècle ne le sont majoritairement pas pour des considérations médicales mais sont « des institutions sociales largement indifférenciées » comme on en rencontre dans l'Europe d'Ancien Régime. Voir Morris Vogel, « The transformation of American hospital, 1850-1920 », in S. Reverby et D. Rosner (éd.), *Health Care in America: Essays in Social History*, Philadelphia, 1979, p. 105.

économique², mais qui provient plus généralement d'un changement d'échelle de ces établissements et de leur transformation en plate-formes médico-techniques, destinées aussi bien à la prise en charge de malades en masse, afin de répondre notamment à l'augmentation de la population, qu'à leur mise à disposition du corps médical comme instrument de travail. Les ressources caritatives traditionnelles ne peuvent alors plus assurer la construction de bâtiments hospitaliers nouveaux et mieux équipés, ainsi que le fonctionnement d'institutions devenues plus grandes et donc plus coûteuses, cela d'autant plus que le changement d'échelle qui s'opère dans ce cadre implique de nouvelles méthodes gestionnaires rationalisées et standardisées qui vont à l'encontre de rapports plus personnalisés entre le philanthrope et "ses" malades. Il faut donc trouver des solutions et de nouvelles ressources financières afin de permettre le fonctionnement de ces établissements privés, un phénomène qui a largement retenu l'attention des historiens à l'étranger.

La Grande-Bretagne apparaît comme un cas exemplaire des limites du mode de financement reposant sur les ressources philanthropiques. Le système hospitalier y repose en effet très largement sur des établissements privés fondés durant les 18^e et 19^e siècles et soutenus par les élites aristocratiques. Dans son étude sur les hôpitaux londoniens, Keir Waddington a montré que le développement et la modernisation de ce système hospitalier entraînent de lourds déficits dans la seconde partie du 19^e siècle, avec notamment la diminution des dons dans les recettes hospitalières (46% pour l'ensemble des hôpitaux de Londres en 1864 et 1.7% en 1910). La création par les familles aristocratiques en 1897 du *Prince of Wales Hospital Fund* retarde le déclin du modèle philanthropique mais ne l'empêche pas³. Le recours aux pensions de malades se fait alors nécessaire après 1914. La part des pensions dans l'ensemble des ressources d'exploitation passe ainsi de 2% en 1900-1904 à 29% en 1920-1924 pour les hôpitaux londoniens⁴. En Espagne aussi, on passe du modèle philanthropique privé au 19^e siècle à un mode de financement reposant sur les pensions de malades, notamment grâce à l'adoption en 1900 d'une loi sur les accidents des travailleurs. Le plus important établissement du Pays basque, l'Hôpital civil de Bilbao, illustre tout à fait cette évolution. Dans les années 1884-1889, ses recettes d'exploitation reposent largement sur les dons (50.5%) et les ressources propres (25.1%), tandis que les pensions de malades ne se montent

² C'est notamment le cas de l'historien américain David Rosner.

³ Keir Waddington, *Charity and the London Hospitals, 1850-1898*, Woodbrifge, The Boydell Press, 2000, 252 p.

⁴ Steven Cherry, « Accountability, Entitlement, and Control Issues and Voluntary Hospital Funding c1860-1939 », in *Social History of Medicine*, 1996, p. 221. Voir aussi Steven Cherry, « Before the National Health Service : financing the voluntary hospitals, 1900-1939 », in *Economic History Review*, 1997, pp. 305-326.

qu'à 10.6% des recettes⁵. En 1920-1924, la tendance s'est inversée : les dons et les ressources propres représentent respectivement 11.7% et 2.6%, alors que les pensions sont passées à 56.3%⁶. Dans certains pays, comme l'Allemagne et plusieurs Etats du Nord et de l'Est de l'Europe⁷, l'adoption d'une assurance-maladie obligatoire favorise ce transfert de charges vers les malades – ou ceux qui en assurent l'hospitalisation. Reinhardt Spree a ainsi démontré que l'hospitalisation des malades d'une cinquantaine parmi les plus importants hôpitaux urbains d'Allemagne en 1910 repose à 52% sur le financement de caisses-maladies et à 35% sur les collectivités publiques (dépenses d'assistance)⁸.

Malgré l'adoption de modalités différentes selon les pays, le report des coûts de la croissance hospitalière sur les malades hospitalisés semble donc s'affirmer dans l'ensemble du monde occidental. Dans le canton de Vaud, la transformation des infirmeries locales caritatives en hôpitaux régionaux modernisés est une excellente illustration de ce phénomène.

1. Les infirmeries locales : un fruit du Réveil protestant (1840-1900)⁹

Ce ne sont pas de quelconques découvertes médicales qui peuvent expliquer la fondation des infirmeries locales vaudoises dans les années 1840-1880. Les grandes innovations traditionnellement célébrées comme l'entrée dans la modernité hospitalière – telles que l'anesthésie, l'antisepsie et l'asepsie – sont encore débattues dans les centres universitaires et les premières infirmeries vaudoises ne sont pas créées dans le but de mettre une nouvelle médecine à disposition de la population. Bien au contraire, c'est un sentiment conservateur et largement réactionnaire contre la modernisation de la société – explosion démographique, mouvements migratoires, urbanisation et industrialisation – qui explique l'intervention des élites locales traditionnelles (pasteurs, notaires, propriétaires, négociants, etc.) dans la question hospitalière. A bien des égards, les infirmeries vaudoises issues du Réveil protestant apparaissent comme l'équivalent des hôpitaux philanthropiques de province fondés au cours

⁵ Le solde est composé de subventions publiques (municipales essentiellement) et de « divers ».

⁶ Pedro M. Pérez Castroviejo, op. cit., p. 89.

⁷ L'Allemagne, où l'assurance-maladie obligatoire est décidée en 1883, sert de modèle à l'Autriche (1888), à la Hongrie (1891), à la Norvège (1909), à la Serbie (1910), aux Pays-Bas (1913), etc. Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, New York, Basic Books, 1982, pp. 220-245.

⁸ Reinhardt Spree, « Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts », in *Historische Zeitschrift*, 1995, p. 94.

⁹ Sans précision de ma part, les données citées dans ce chapitre sont tirées des rapports annuels publiés par les différents établissements hospitaliers. Si la source est différente, je précise.

du 18^e siècle en Grande-Bretagne pour lesquels Roy Porter parle de « paternalisme traditionnel institutionnalisé. »¹⁰

Les hôpitaux régionaux vaudois sont un produit du Réveil protestant. Cette théologie qui promeut l'action sociale individuelle comme source du salut débouche au 19^e siècle sur une multitude d'associations et d'institutions à caractère social (sociétés d'évangélisation, de mission, de lecture, écoles, asiles, etc.) parmi lesquelles se trouvent les infirmeries régionales. Leur apparition au cours de la seconde moitié du 19^e siècle est le fait d'un regain de religiosité dans le cadre d'une société en pleine mutation. Fondateur de l'Institution de diaconesses d'Echallens (1842), déplacée par la suite à Saint-Loup, et figure emblématique du Réveil protestant en terre vaudoise, le pasteur Louis Germond¹¹ déclare ainsi vers le début des années 1850 « qu'un hôpital administré dans un esprit chrétien est le meilleur moyen d'évangélisation. »¹² Face aux bouleversements socio-économiques, on a affaire à une idéologie conservatrice qui vise par une action sociale très poussée, essentiellement auprès des classes populaires en voie de prolétarianisation, à maintenir en place l'ordre social ancien. Ainsi, la cause déclarée de la fondation d'une infirmerie à Yverdon est « l'augmentation de la population de la ville et principalement de la population ouvrière »¹³, tandis que le député Hottinger, membre des comités de l'Infirmerie de Vevey-Samaritain et de l'Institution de Saint-Loup, déclare en 1865 : « J'espère que, peu à peu, il y aura une infirmerie dans chaque ville, chaque grand village de notre canton. Le nombre toujours augmentant de la population flottante rend cela absolument nécessaire. »¹⁴ C'est exactement ce que veut dire le pasteur Henri Germond¹⁵ lorsqu'il donne un exposé sur la question des infirmeries locales en Suisse romande à la Société d'utilité publique du canton de Vaud, à Avenches, en 1870 : « La souffrance des classes inférieures a été souvent plus grande qu'elle ne l'est aujourd'hui ; mais jamais leur convoitise ne fut plus ardente ; jamais le cœur des déshérités, comme ils se nomment, n'a débordé de plus d'amertume ni de désirs plus irrités. [...] Pour ajourner le choc, et, si possible, pour l'amortir, multiplions les sociétés coopératives, luttons corps à corps avec le paupérisme, fraternisons avec l'ouvrier, instruisons les ignorants, soignons les malades ;

¹⁰ Porter Roy, « The Gift Relation : philanthropy and provincial hospitals in 18th century England », in Granshaw Lindsay et Porter Roy (éd.), *Hospitals in History*, Londres/New-York, 1989, p. 172.

¹¹ Louis Germond (1795-1868) : pasteur, membre de l'Eglise libre, directeur de l'Institution de diaconesses (1842-1861). *Belles-Lettres...*, op. cit., p. 19.

¹² J. de Mestral Combremont, *Vies données... vies retrouvées. Les diaconesses de Saint-Loup*, Lausanne, Payot, 1932, p. 40.

¹³ JSVUP, 1858, p. 162

¹⁴ BGC, 18 janvier 1865.

payons de nos personnes ; ne reculons devant aucun sacrifice ; n'épargnons rien ! »¹⁶ Dans cette perspective, lorsque l'on crée une infirmerie à Aigle en 1867 en invoquant le fait que « la majeure partie de la population du District se trouve éloignée des médecins et des pharmaciens »¹⁷, c'est aussi bien l'encadrement des classes populaires qu'on cherche à assurer qu'un accès démocratisé et élargi à la médecine. Le Dr Charles Decker¹⁸ ne dit pas autre chose lorsqu'il se déclare favorable à l'ouverture d'une infirmerie à Bex, arguant que « le nombre de ces établissements ne sera jamais trop grand pour suffire aux besoins toujours croissants du paupérisme. »¹⁹

La religion occupe une place importante et joue un rôle particulier dans l'infirmerie : l'indigent hospitalisé doit accepter son sort face à la maladie et sa position d'infériorité dans la société comme résultant tous deux de la volonté divine, ce qui explique la mention maintes fois reprise dans les discours, les plaquettes commémoratives, les rapports annuels, ainsi que sur les murs de l'Hôpital de Saint-Loup en 1928, des mots attribués à Ambroise Paré : « Je le pansai, Dieu le guérit. » De même, les administrateurs de l'Infirmerie de Rolle font inscrire les mots suivants sur les murs de leur établissement : « C'est l'Eternel qui fait mourir et qui fait vivre, qui fait descendre au sépulcre et qui en fait remonter. »²⁰

L'infirmerie est une œuvre consensuelle qui permet de célébrer un ordre social immuable, certes hiérarchisé, mais dans lequel les puissants s'occupent des faibles. Les kermesses – appelées "ventes" dans le canton de Vaud – sont l'occasion de mettre en scène cet idéal social consensuel. Ainsi qu'on le rappelle dans la notice historique de l'Hôpital de la Broye publié en 1940, « la vente de l'Infirmerie est une fête populaire ; l'ouvrier y coudoie le patron, le paysan peut s'y montrer en blouse, le simple citoyen y fraternise avec le magistrat. »²¹ Quant aux administrateurs de l'Infirmerie de Vevey-Samaritain, ils donnent en exemple en 1894 « une ouvrière qui donne le travail de ses journées ; une jeune fille qui privée de ressources vend un objet qui lui est cher et en apporte le prix au Samaritain. D'autres enfin n'ont à offrir

¹⁵ Henri Germond (1822-1881) : fils de Louis Germond, pasteur de l'Eglise libre de Lovattens (1849-1854) et de Vevey (1854-1861), directeur de l'Institution de diaconesses de Saint-Loup (1861-1881). *Belles-Lettres...*, op. cit., p. 84.

¹⁶ JSVUP, 1870, pp. 261-262.

¹⁷ Hôpital d'Aigle, rapport annuel, 1870, p. 3.

¹⁸ Charles Decker (1851-1926) : études de médecine à Berne, médecin établi à Bex (vers 1880) puis à Lausanne (1916) où il occupe le poste de médecin d'arrondissement de la CNA. Il est le père du professeur de chirurgie lausannois Pierre Decker. Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

¹⁹ ACV, PP 324/6, *Rapports et pièces concernant l'infirmerie et asile de la Grand'fontaine*, Bex, Imp. Droz, 1889, p. 35.

²⁰ Cité par Henri Germond dans le JSVUP, 1876, p. 222.

²¹ *L'infirmerie de la Broye. Notice historique, 1867-1940*, s.l., s.d., p. 29.

que leurs prières. »²² La dimension paternaliste des infirmeries se concrétise par l'admission des malades par un comité qui discute de chaque cas. A Yverdon par exemple, les procès-verbaux de la commission administrative contiennent les noms des hospitalisés et le prix de la pension journalière – décidée par la commission – jusque dans les années 1900. La presse radicale dénonce à l'occasion cette position philanthropique : « Ah ! nous savons, Messieurs, la terreur que vous avez de l'Etat en matière de charité. Nous savons comme vous entendez ce mot ; comme tant d'autres, c'est un instrument en vos mains dont vous voulez vous servir à votre gré, en faveur de votre clientèle et contre ceux qui sont réfractaires à vos appeaux. »²³ La dimension locale fait qu'on donne parfois la priorité aux ressortissants de la localité en cas d'encombrement des lits, comme à Bex, où le président du comité « demande que les admissions à l'infirmerie soient mieux contrôlées en ce sens que les bourgeois de Bex aient toujours la préférence sur les non bourgeois »²⁴ perpétuant ainsi le modèle en cours sous l'Ancien Régime. Les dérives de cette dimension locale sont dénoncées par le Dr Charles Decker en 1889 : « L'admission à l'infirmerie d'Aigle ne s'obtient pas avec une égale facilité pour tous les habitants du district : "Ces messieurs d'Aigle" favorisent naturellement les habitants de leur endroit ; "les gens d'Ollon" par le fait du voisinage, sans doute, obtiennent certaines facilités ; quant à "ceux de Bex" - lisez ceusses - vulgum pecus, on en prend le moins possible... et, quand on en accepte par aventure, on les renvoie à peine entrés : le dernier exercice de l'infirmerie de notre district indique comme admis : domiciliés à Aigle, 52 ; domiciliés à Ollon, 32 ; domiciliés à Bex, 6 ; de sorte que l'abstracteur de quintessence qui, vers l'an 2000, sera chargé par l'Académie des sciences morales et philosophiques d'écrire plusieurs in-folios sur la question de l'assistance publique en général et de l'infirmerie d'Aigle en particulier pendant le XIXe siècle, pourra, sans paradoxe, dire de cette dernière qu'elle était infirmerie de district pour ce qu'elle demandait et infirmerie de commune ou tout au plus de cercle pour ce qu'elle donnait. »²⁵

Enfin, l'infirmerie permet de renforcer des liens de clientèle entre l'élite locale qui siège dans les organes administratifs et les fournisseurs de biens, qui sont souvent des négociants ou des entrepreneurs de la localité²⁶. L'approvisionnement en médicaments par exemple se fait

²² Hôpital de Vevey-Samaritain, rapport annuel, 1893-1894, p. 4.

²³ Hôpital d'Yverdon, coupure de presse non identifiée conservée dans le registre des procès-verbaux de la commission administrative, non daté [env. 1875].

²⁴ ACV, PP 324/1, procès-verbaux du comité, 26 novembre 1890.

²⁵ ACV, PP 324/6, *Rapports et pièces concernant l'infirmerie et asile de la Grand'fontaine*, Bex, Imp. Droz, 1889, pp. 36-37.

²⁶ Sur le même sujet, voir l'exemple jurassien, Pierre-Yves Donzé, *L'hôpital bourgeois de Porrentruy...*, op. cit., p. 59. Un regard identique peut être porté sur les hôpitaux contemporains. Le professeur de géographie Antoine

généralement selon un tournus entre les divers pharmaciens de la localité. Plusieurs d'entre eux siègent d'ailleurs dans les premières commissions administratives, comme Mellet et Schmidt à Montreux ou Muller-Boch et Barbezat à Payerne²⁷. A Bex, en 1899, le Dr Decker informe le comité qu'il a commandé du coton directement chez un grossiste de Saint-Gall pour un prix de 2.52 francs le kg, au lieu de 6.8 francs (prix tarifé des pharmacies de Vevey-Montreux). Il se fait remettre à l'ordre par le comité qui affirme que ces procédés sont un « moyen de désintéresser la population de Bex de l'Infirmierie, à laquelle jusqu'ici elle a joyeusement et généreusement accordé son appui. »²⁸ A la séance suivante, Decker propose de « décréter incompatibilité entre les fonctions de membre du comité et de fournisseur de l'Infirmierie »²⁹, ce qui est refusé.

Tab. 24 Les infirmeries locales vaudoises lors de leur ouverture, 1842-1890

Localité	Année de fondation	Nombre de lits à la fondation
Pompaples/Saint-Loup	1842	?
Yverdon	1856	9
Vevey-Samaritain	1858	12
Rolle	1860	17
Payerne	1866	9
Aigle	1867	6
Morges	1869	12
Château-d'Oex	1870	?
Nyon	1874	15
Aubonne	1875	6
Moudon	1876	?
Orbe	1876	?
Montreux	1877	20
Sainte-Croix	1880	?
Bex	1890	12 (1893)

Bailly a en effet démontré, notamment dans le cas du Jura bernois et du Sud fribourgeois, que les hôpitaux rapportent plus aux régions décentralisées qu'ils ne lui coûtent. Voir Antoine Bailly et Michel Périat, *Médecimétrie : une nouvelle approche de la santé*, Paris, Economica, 1995, ainsi que Antoine Bailly et Gérard Widmer, « Une nouvelle approche pour la planification hospitalière : la conception médocimétrique », in *Revue d'économie régionale et urbaine*, 5, 1997, pp. 817-828.

²⁷ Cet engagement des pharmaciens correspond tout à fait au renforcement du caractère corporatiste de la profession dans la seconde partie du 19^e siècle, afin de contrecarrer les effets du libéralisme économique. Voir Adrien Dolivo, op. cit., ainsi que le compte-rendu paru dans la revue *Gesnerus, Swiss Journal for the History of Medicine*, 2003, pp. 108-110.

²⁸ ACV, PP 324/1, procès-verbaux du comité, 4 février 1899.

²⁹ ACV, PP 324/1, procès-verbaux du comité, 4 mars 1899.

Les quinze infirmeries créées dans le canton de Vaud entre 1852 (Saint-Loup) et 1890 (Bex) ont pour but d'offrir un toit aux ressortissants des classes populaires qui ne peuvent plus subvenir à leur entretien pour cause de maladie, de vieillesse, d'infirmité ou de blessure.

Le territoire vaudois se couvre très rapidement d'infirmeries : trois sont fondées dans les années 1850, quatre dans les années 1860, six dans les années 1870, une dans les années 1880 et une dans les années 1890. Pourtant, cette chronologie est plus le fruit du hasard que le reflet d'une évolution socio-économique régionale diachronique. En effet, la dynamique des fondations d'infirmeries ne reflète que très imparfaitement celle du développement démographique du canton. Ce que révèlent toutefois ces nombreuses fondations hospitalières, c'est l'émergence, au cours de la seconde partie du 19^e siècle, de nombreux petits pôles urbains dans le canton, aux côtés des villes de Lausanne et de Vevey-Montreux³⁰.

L'initiative est totalement laissée aux privés, malgré une timide intervention de l'Etat dans les années 1870. Ainsi, en l'absence de plan d'ensemble, on va dépendre de la générosité des notables. La création d'une infirmerie découle en effet dans de nombreux cas d'un legs ou d'un don de la part de notables locaux : à Vevey en 1858, c'est le syndic Edouard Couvreur³¹ qui met à disposition une maison et offre un terrain sur lequel est bâtie l'infirmerie de 1877 ; à Morges, Henri Monod-Forel fait en 1869 un don de 18'000 francs pour l'acquisition d'un bâtiment qui doit servir à l'infirmerie ; à Orbe, c'est l'ancien syndic Georges de Thienne qui lègue à la ville en 1871 un bâtiment et 25'000 francs en faveur d'une infirmerie ; etc.

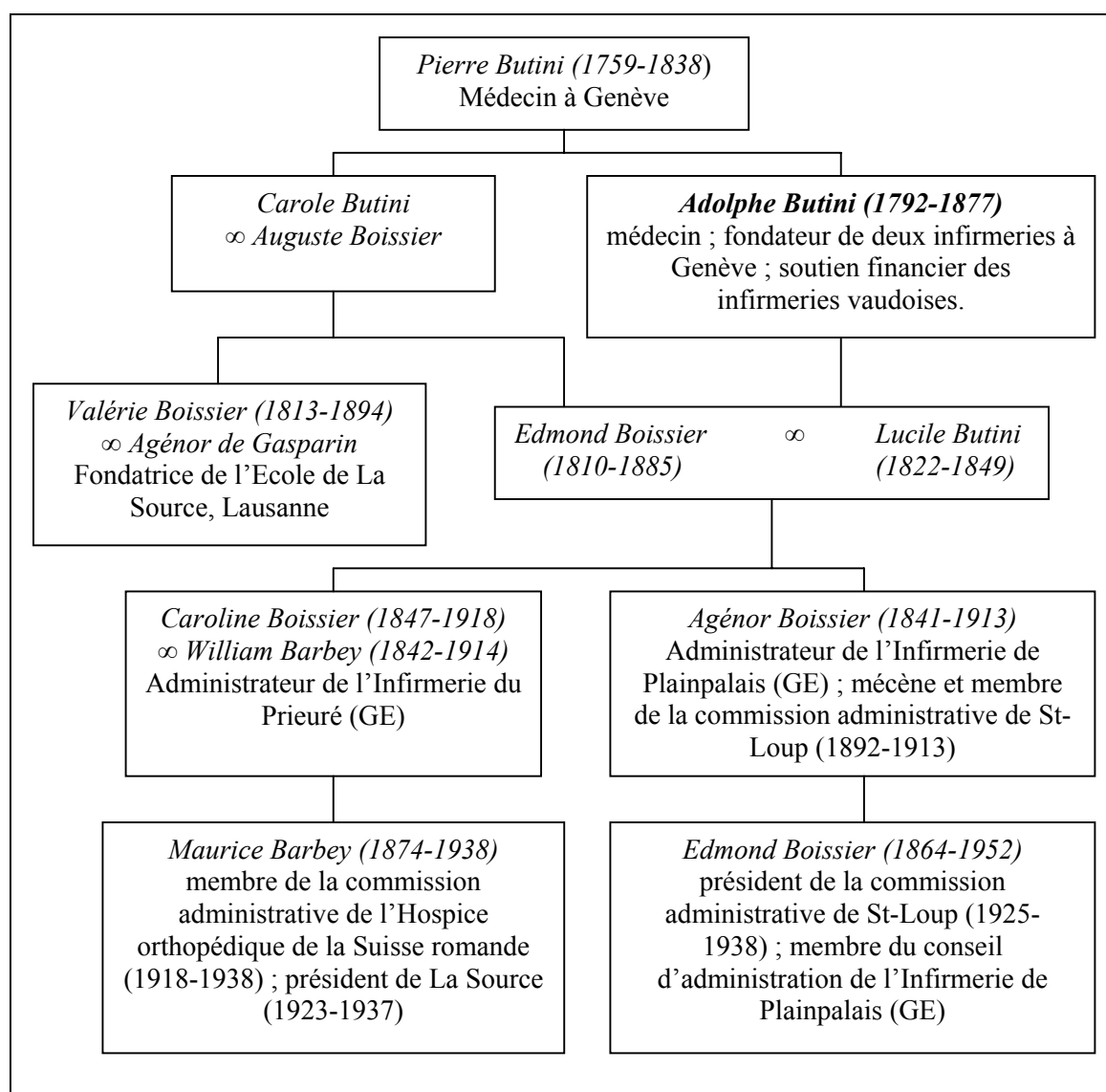
A l'origine de plusieurs de ces établissements, on retrouve quelques grands noms de la philanthropie romande, comme les familles Butini et Germond. Le médecin genevois Adolphe Butini (1792-1877) apparaît ainsi comme une personnalité incontournable de la philanthropie romande³². Issu d'une famille de magistrats, de médecins et de banquiers, il fonde en effet deux infirmeries privées à Genève (Infirmerie Butini de Plainpalais 1859 ; Infirmerie du Prieuré 1876) dans le but déclaré d'entrer en concurrence avec l'Hôpital cantonal ouvert en 1856 par les autorités radicales³³.

³⁰ Voir Olivier Blanc, *Démographie et développement. Le canton de Vaud au XIX^e siècle*, Lausanne, Office de statistique de l'Etat de Vaud, 1974, 289 p.

³¹ Edouard Couvreur (1824-1908) : banquier, syndic de Vevey (1857-1872), député libéral au Grand Conseil (1858-1862), membre de la commission administrative de Saint-Loup (1877-1908). Charles Gorgerat, *Notre libéralisme*, Lausanne, Imprimerie centrale, 1946, p. 238.

³² Sur Adolphe Butini et sa famille, voir l'ouvrage largement hagiographique de Gabriel Mützenberg, op. cit., principalement pp. 7-20.

³³ Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 101-103.

Fig. 8 Généalogie simplifiée du Dr Adolphe Butini³⁴

Dans le canton de Vaud, Butini intervient dans le financement de plusieurs établissements philanthropiques dans les années 1850 et 1860 (Infirmerie du Samaritain à Vevey, Infirmerie d'Yverdon, Hospice de l'Enfance de Lausanne, etc.) et rachète au pasteur Henri Juvet³⁵ l'hôtel des Bains de Saint-Loup qu'il met par la suite à disposition de son ami le pasteur Louis Germond pour y installer son établissement de diaconesses fondé en 1842 à Echallens, où il

³⁴ DHS ; Gabriel Mützenberg, *Une femme de style. Valérie de Gasparin*, Le Mont-sur-Lausanne, Ed. Ouverture, 1995, 230 p.

³⁵ Selon J. de Mestral Combremont, *Vies données...*, op. cit., pp. 13-14. Henri Juvet (1795-1825) : pasteur, ami de Vinet et de Louis Germond. *Belles-Lettres...*, op. cit., p. 19.

rencontre des difficultés³⁶. Ce dernier dirige aussi au milieu des années 1850 la création de l'Infirmierie d'Yverdon, soutenue financièrement par Butini³⁷.

Louis Germond fils³⁸ est aussi actif dans la philanthropie hospitalière, puisqu'il est membre du comité de l'Infirmierie de Rolle dans les années 1870, alors qu'un autre fils, Henri Germond, est membre du comité de l'Infirmierie de Vevey-Samaritain en 1859-1860 puis succède à son père à la tête de Saint-Loup (1868). Enfin, Louis Germond a un troisième fils, Paul Germond, missionnaire au Lesotho, ainsi que trois filles, toutes diaconesses, dont une épouse Aimé Steinlen, fondateur de l'Hospice de l'Enfance de Lausanne³⁹.

Les descendants et héritiers du Dr Adolphe Butini perpétuent la tradition philanthropique familiale jusqu'au milieu du 20^e siècle. Les deux établissements genevois sont administrés après 1877 par Caroline et Agénor Boissier, puis par leurs propres descendants. L'engagement en faveur de l'Institution de diaconesses de Saint-Loup est au cœur de leur action philanthropique. Agénor de Boissier est l'un de ses plus importants mécènes : il verse ainsi une somme de 100'000 francs en faveur de la construction du nouvel hôpital de 1897. Il est par ailleurs membre de la commission administrative de cette institution pendant plus de vingt ans (1892-1913). Son fils Edmond Boissier lui succède dans cette commission à son décès et occupe le fauteuil de président de 1925 à 1938. Quant au fils de Caroline Barbey-Boissier, Maurice Barbey, il devient président du conseil d'administration de l'Ecole de La Source (1923-1937) fondée par sa grand-tante Valérie de Gasparin en 1859. Ainsi, dans l'entre-deux-guerres, les deux principales filières de professionnalisation du corps infirmier sont dirigées par les héritiers du Dr Butini. Barbey est par ailleurs membre de la commission administrative de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande, autre lieu de rencontre des élites libérales protestantes de Suisse romande⁴⁰. Relevons enfin l'engagement d'un autre fils de William Barbey dans les milieux hospitaliers, celui de l'ingénieur Auguste Barbey. Il siège

³⁶ La paroisse d'Echallens est alors le lieu de violents affrontements entre l'élite libérale engagée dans l'Eglise libre, dont Louis Germond est le pasteur, et les radicaux défavorables au Réveil. Voir J. Vincent, *Aux écoutes de la souffrance. Histoire de l'Institution des diaconesses de Saint-Loup publiée, à l'occasion de son centenaire, par le Conseil général, 1842-1942*, Lausanne, La Concorde, 1942, pp. 109-133, ainsi que Robert Centlivres et Jean-Jacques Fleury, *De l'Eglise d'Etat à l'Eglise nationale (1839-1863)*, Lausanne, Eglise nationale vaudoise, 1963, pp. 53-56.

³⁷ Pour l'exercice février 1857 - mars 1858, l'hôpital encaisse un total de 5'017 francs, dont 72% proviennent directement de Butini et le solde d'autres dons privés (13%) et des pensions des hospitalisés (15%).

³⁸ Louis Germond fils (1825-1884) : pasteur de l'Eglise libre d'Etoy (1851-1853), d'Echallens (1853-1857), de Rolle (1857-1862), de Lausanne (1862-1870) et de Lutry (1870-1884). Fondateur d'une Ecole supérieure pour jeunes filles. *Belles-Lettres...*, op. cit., p. 91.

³⁹ Voir J. Vincent, op. cit., p. 84.

⁴⁰ Voir pp. 237-240.

en effet durant quarante ans dans la commission administrative de l'Infirmierie d'Orbe (1904-1944), dont il occupe le fauteuil de président depuis le début des années 1910⁴¹.

Les réseaux philanthropiques de Saint-Loup dans le monde médical, 1842-1881

Durant les années 1842-1881, l'Institution de diaconesses de Saint-Loup est dirigée par des membres de la famille Germond. Le poste de directeur est occupé par le fondateur Louis Germond (1842-1868) puis par son fils Henri Germond (1868-1881), dont l'épouse Louise et la fille Louisa sont aussi membres de la commission administrative. Pendant cette période, Saint-Loup est au cœur du système philanthropique protestant et entretient de très forts liens qui assurent le succès de l'entreprise, dans le canton de Vaud mais aussi ailleurs dans les régions protestantes de Suisse romande. Parmi les 50 personnes nommées à la commission administrative entre 1842 et 1881, on note une très large prédominance des professions libérales (46%), de femmes ⁴² (24%) et de pasteurs (18%), soit les élites sociales traditionnellement engagées dans les œuvres du Réveil. Les médecins sont quasiment absents (6%)⁴³. De plus, l'institution de Saint-Loup est très fortement soutenue par de riches philanthropes qui ne sont pas membres de la commission administrative, comme la famille Butini ou le banquier genevois Jean-Gabriel Eynard-Lullin. Les administrateurs de l'établissement déclarent d'ailleurs en 1879 que l'assemblée des bienfaiteurs est « une landsgemeinde de la charité. »⁴⁴

Au niveau de la provenance géographique des administrateurs, on remarque une écrasante majorité de Vaudois (72%, dont près de la moitié de Lausannois), avec déjà des ouvertures du côté de Genève (10%), de Neuchâtel (8%) et du Jura bernois (2%)⁴⁵ qui favorisent les liens entre l'institution de Saint-Loup et les autres œuvres du Réveil.

Très rapidement, Saint-Loup envoie en effet des diaconesses dans les établissements d'aide sociale créés en Suisse romande et à l'étranger (France, Italie). Jusqu'en 1881, ce ne sont pas moins de 52 institutions qui leur font appel⁴⁶. Le type d'établissements pris en charge est hétérogène et reflète le caractère social généraliste de l'œuvre de diaconesses à ses débuts : on

⁴¹ Hôpital d'Orbe, rapports annuels, 1904-1944.

⁴² On peut se demander, à juste titre, s'il n'est pas abusif de faire des femmes une catégorie socio-professionnelle à part. Leur distinction ici provient du fait que leur profession – si elles en exercent une – n'est généralement pas connue, et aussi parce que l'engagement social des femmes de l'élite protestante est en soi révélateur. Voir à ce propos l'ouvrage d'Anne-Marie Käppeli, *Sublime croisade : éthique et politique du féminisme protestant, 1875-1928*, Genève, Zoé, 1990, 219 p. Malgré le caractère événementiel et peu critique de cet ouvrage, il met bien en lumière l'idéologie des femmes protestantes libérales de Suisse romande dans la seconde partie du 19^e siècle.

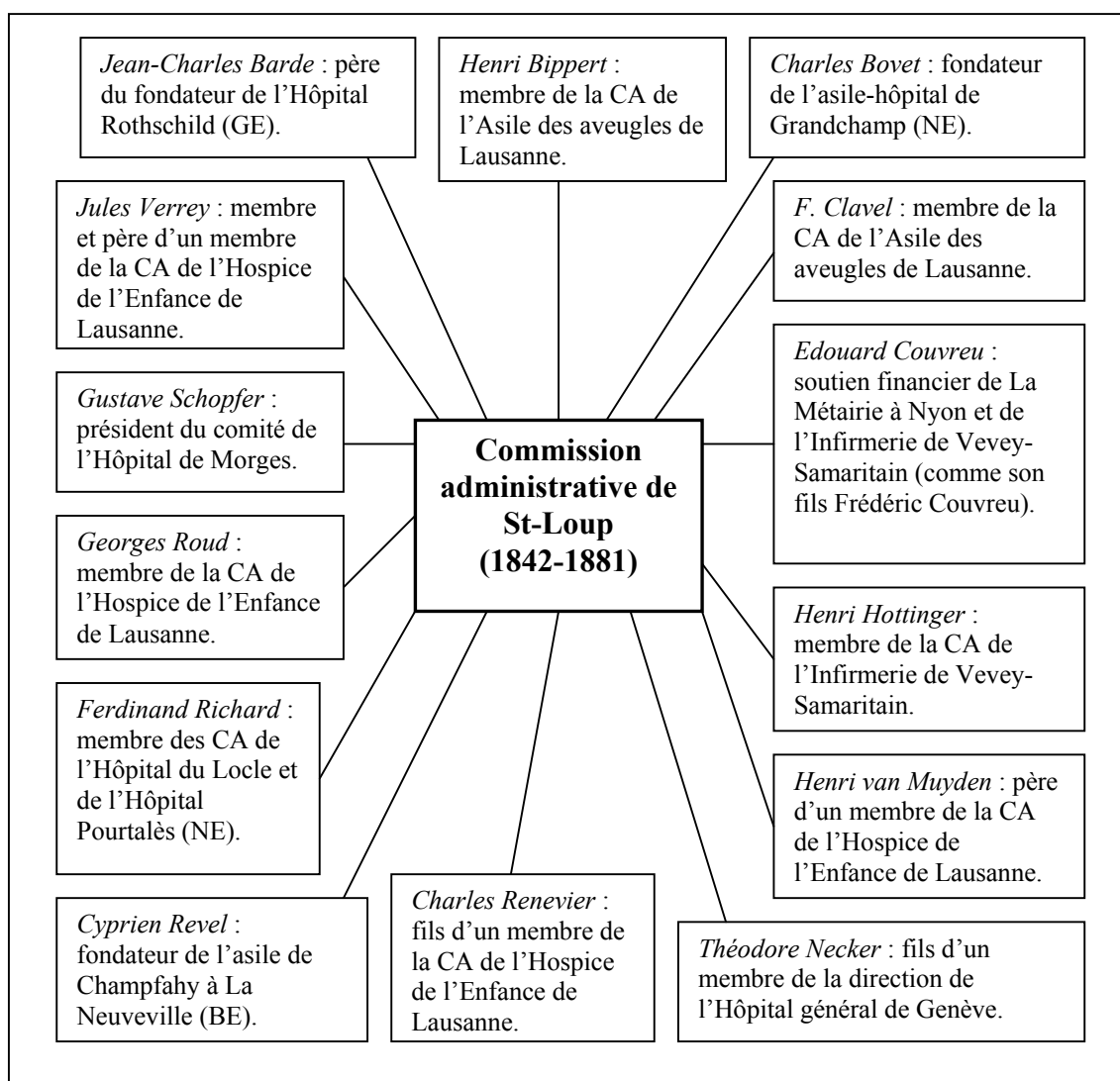
⁴³ Le solde (6%) est le fait de personnes non identifiées.

⁴⁴ Institution de diaconesses de Saint-Loup, rapport annuel, 1879, p. 7.

⁴⁵ Le solde (8%) est le fait de personnes non identifiées.

dénombrer 24 établissements pour malades, 11 pour enfants (orphelinats, écoles, etc.) et 3 pour vieillards, ainsi que 5 postes de sœurs visitantes et 9 divers. Cet engagement est pourtant très volatil et les diaconesses ont déjà quitté 38 de ces établissements en 1890 – dont 25 des 28 postes non hospitaliers – pour recentrer leurs activités sur les hôpitaux. Avec le décès d'Henri Germond en 1881 se termine la période généraliste et purement philanthropique de Saint-Loup. Les diaconesses se spécialisent alors dans la prise en charge des services hospitaliers, notamment grâce au soutien du corps médical qui a besoin d'une main-d'œuvre disciplinée et obéissante dans son projet de modernisation de la médecine hospitalière⁴⁷.

Fig. 9 Membres de la commission administrative de Saint-Loup engagés dans d'autres établissements médicaux durant la période Germond, 1842-1881



⁴⁶ Voir J. Vincent, op. cit., pp. 295-297.

⁴⁷ Voir pp. 88-90.

Les premières infirmeries : des maisons d'accueil pour indigents malades

A leur origine, une majorité d'infirmeries s'ouvrent dans des bâtiments d'habitation privés (Aigle, Aubonne, Morges, Payerne, Vevey-Samaritain) ou dans l'hôpital désaffecté d'Ancien Régime mis à disposition par la commune (Moudon, Nyon, Yverdon). Seules les infirmeries de Montreux (1877) et de Sainte-Croix (1880) sont ouvertes dans des bâtiments neufs spécialement construits à leur intention. On utilise donc généralement des bâtiments qui n'ont pas de vocation médicale mais qui permettent une installation à moindre frais : toutes ces infirmeries sont indépendantes financièrement et bénéficiaires. Elles sont alors très rapidement confrontées à des problèmes de capacité d'accueil qui les mèneront à construire des infirmeries neuves ou à transformer et agrandir le bâtiment originel. Les administrateurs sont d'ailleurs généralement très conscients de cette capacité d'accueil réduite, mais ce sont des considérations financières qui retiennent alors les fondateurs de bâtir à neuf. Ainsi, ils préfèrent souvent ouvrir une infirmerie temporaire dans une maison d'habitation et thésauriser les dons au maximum afin de se lancer dans une construction lorsque la fortune propre assure un très large autofinancement.

La première phase de (re)constructions (1870-1900) ne correspond pas à l'arrivée de considérations médicales nouvelles qui nécessiteraient un réaménagement de l'espace hospitalier. Les bâtiments construits durant cette période se caractérisent toujours par leur petite dimension (25 lits à Aigle en 1871 ; 20 à Yverdon en 1874 ; 14 à Aubonne en 1896 ; 28 à Payerne en 1896 ; 25 à Morges en 1897 ; 30 à Nyon en 1898 ; etc.). Les architectes qui mènent les travaux n'ont souvent pas d'expérience dans la construction d'hôpitaux, domaine dans lequel il n'existe pas encore d'experts dans le canton. On recourt à des personnalités locales, parfois personnellement engagées dans l'administration de l'infirmerie, comme Louis Charles à Payerne. De même, les réseaux philanthropiques jouent un rôle important dans le choix de l'architecte. Plusieurs constructeurs d'infirmeries sont proches de l'Eglise libre pour laquelle ils ont construit des chapelles (François Jacquerod à Aigle ; Francis Landry à Yverdon ; etc.)⁴⁸.

C'est aussi à cette époque que sont fondées deux nouvelles infirmeries, à Lausanne (1907) et à Vevey-Providence (1910). La première est ouverte dans le cadre de l'Ecole de La Source, pour permettre aux élèves infirmières d'y acquérir une formation pratique. Une convention est signée en 1907 avec l'Etat pour y recevoir des malades indigents aux frais du canton, dans le

but de décharger l'Hôpital cantonal. Quant à l'Infirmerie de la Providence, elle est ouverte par la diaspora catholique de Vevey, suite à un don de plus de 110'000 francs.

Tab. 25 *Nouvelles constructions et agrandissements, 1870-1900*⁴⁹

Infirméries	Nouveaux bâtiments	Agrandissements, transformations
Aigle	1871	-
Aubonne	1896	-
Morges	1897	-
Moudon	1886	-
Nyon	-	1897-1898
Payerne	1885	1896
Rolle	-	1899
Vevey-Samaritain	1877	1889
Yverdon	1873	-

Cette génération de bâtiments se caractérise par son aspect "familial". Les infirmeries ressemblent en effet à de petites demeures au charme bourgeois, souvent de type Heimatstyl, avec balcon, jardin, terrasse, etc. (voir fig. 11, p. 243). Les administrateurs de l'Infirmerie de Moudon célèbrent en 1895 la « forme extérieure de chalet »⁵⁰ de leur bâtiment hospitalier. Additionnée à une dimension réduite, cette caractéristique architecturale donne l'illusion de la famille, du foyer chaleureux dans lequel les élites philanthropiques accueillent les classes populaires en difficulté. Le cadre architectural de ces infirmeries répond donc tout à fait à leur fonction sociale. Elles sont le reflet et la matérialisation d'une vision paternaliste de l'hôpital. En 1876, le pasteur Henri Germond dresse un portrait idyllique de l'Infirmerie de Morges qui illustre ce caractère familial : « L'infirmerie de Morges, située près de la promenade des Pâquis, frappe agréablement le regard. Dans ce charmant nid de verdure on croirait voir une modeste, mais confortable villa. C'est vraiment *heimlich*. Quelle différence pour tel pauvre ouvrier ou telle femme fatiguée par le travail et la misère entre cet asile et le réduit dont on vient de les tirer. »⁵¹

⁴⁸ Voir Dave Lüthi, *Les chapelles de l'Eglise libre vaudoise, 1847-1965. Histoire architecturale*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 2000, 287 p.

⁴⁹ Les dates citées ici sont généralement celles des inaugurations.

⁵⁰ *Infirmerie de Moudon – Notice historique*, Moudon, L'Eveil, 1895, p. 8

⁵¹ JSVUP, 1876, p. 220. C'est l'auteur qui souligne.

Un service médical minimal

L'organisation interne de ces infirmeries est des plus élémentaires en raison de leur petite taille. En effet, ces établissements ont un nombre de lits très restreint qui ne permet l'accueil que d'un nombre limité de malades. En 1880, on dénombre ainsi 41 hospitalisations à Aubonne, 67 à Moudon, 112 à Nyon, 92 à Orbe, 87 à Payerne, 90 à Rolle et 139 à Yverdon. Dans ces conditions, il est évident que le personnel hospitalier et l'organisation interne de la maison sont réduits à leur expression la plus simple. Il y a en général un ou deux domestiques laïcs, voire une diaconesse de Saint-Loup dans la moitié des cas : ces dernières sont présentes à Yverdon (1857), Vevey-Samaritain (1858), Rolle (1860), Morges (1869), Montreux (1877), Sainte-Croix (1880), Payerne (1885) et Moudon (1888). Lorsqu'elles sont présentes, elles sont omnipotentes et souvent autoritaires. A titre d'exemple, lorsque la diaconesse en poste à l'Infirmerie d'Yverdon prend deux semaines de vacances en 1870, l'établissement se voit contraint à la fermeture pour autant de temps.

On a affaire à des établissements de type ouvert, c'est-à-dire qu'on autorise chaque médecin de la localité à venir y exercer. Mais cette activité est fort peu lucrative car on accueille essentiellement une population indigente qui n'a pas les moyens de se faire soigner à domicile. C'est pourquoi les médecins acceptent leur nomination beaucoup plus qu'ils ne la revendiquent. Très souvent d'ailleurs, ils exercent à titre gratuit durant les premières années (Aigle, Bex, Montreux, Nyon, Yverdon) mais ce type de bénévolat disparaît au cours des années 1880⁵², non pas parce qu'ils le revendiquent mais parce que les commissions administratives désirent une plus grande attention de leur part. Les administrateurs de l'Infirmerie d'Yverdon parlent de rémunérer les médecins en 1881 « afin de pouvoir non exiger, mais au moins espérer une visite chaque jour. »⁵³ Le Dr Garin⁵⁴, en poste dans cet établissement, refuse de se soumettre à un horaire fixe et démissionne car il préfère donner la priorité à sa clientèle privée qui lui rapporte l'essentiel de ses revenus. Les honoraires des médecins sont en effet très faibles. Ils se montent par exemple à 50 francs par mois à Yverdon en 1890 et en 1900⁵⁵. De même, à l'Infirmerie de Bex qui s'ouvre en 1890, les trois médecins

⁵² En 1886, les administrateurs de l'Infirmerie de Nyon décident de rémunérer leur médecin. Elle est alors la dernière infirmerie du canton à abandonner le bénévolat des médecins, mis à part le cas de l'Infirmerie de Bex, fondée en 1890, exposé ci-dessous.

⁵³ Hôpital d'Yverdon, procès-verbaux du Conseil de surveillance, 27 avril 1881.

⁵⁴ Auguste Garin (1840-1919) : études de médecine à Berne, établi à Yverdon en 1866. Il est médecin des casernes, des écoles, du corps de pompiers et de la crèche. Membre du parti libéral, il siège au conseil communal puis municipal d'Yverdon, ainsi qu'au Grand Conseil. Charles Gorgerat, op. cit., p. 242.

⁵⁵ Hôpital d'Yverdon, rapports annuels, 1890, p. 7 et 1900, p. 9. Les revenus du corps médical sont extrêmement difficile à établir pour la fin du 19^e siècle. Dans le canton de Fribourg, le prix de la consultation à domicile est évalué à 20 francs dans les années 1880. Voir Alain Bosson, op. cit., p. 127.

de la localité refusent de recevoir une indemnité. Alors que le président du comité propose en 1892 de les rétribuer, « MM. Les docteurs refusent et veulent bien continuer à soigner nos malades d'une manière absolument désintéressée. »⁵⁶ Ils sont finalement indemnisés – 100 francs par période de trois mois – dès 1894.

Les commissions administratives instaurent généralement un tournus entre les divers praticiens de la localité qui veulent bien accepter cette charge. Les durées de service varient alors entre trois et six mois selon les cas. Il n'y a donc pas de médecin-chef à la tête des infirmeries, sauf exception. Ainsi, à Aigle, les médecins font part en 1867 aux administrateurs de l'infirmerie des inconvénients inhérents à ce mode de fonctionnement. Ceux-ci nomment alors le Dr Mandrin⁵⁷ seul médecin chargé du service hospitalier, qui reste à la tête de l'établissement jusqu'en 1899, puis est remplacé par deux médecins (en tournus). Ces faits illustrent que l'accès à l'infirmerie n'est pas jugé important par les médecins pour leur pratique quotidienne. Jusqu'à la fin du 19^e siècle, les infirmeries locales ne sont pas considérées comme des outils de travail par le corps médical dont l'essentiel des revenus provient des visites à domicile.

De même, mis à part quelques cas particuliers, les médecins ne sont que très peu présents dans les commissions administratives des infirmeries et ne s'engagent pas dans la gestion hospitalière. Même dans le cas exceptionnel de Montreux, où les médecins sont très engagés dans la gestion de l'infirmerie⁵⁸, cela ne débouche pas sur un type particulier d'organisation médicale. Les médecins à la tête de l'Infirmerie de Montreux sont des praticiens privés qu'il faut considérer comme d'autres notables locaux traditionnels. Leur engagement hospitalier répond donc beaucoup plus à une logique sociale et philanthropique que purement professionnelle (accès à un service hospitalier). Il arrive pourtant que les commissions fassent appel à des médecins pour leurs compétences propres, notamment dans le domaine médico-technique, dès la fin du 19^e siècle, comme c'est le cas à Morges en 1901. Mais ce n'est jamais le corps médical qui revendique une participation à la commission.

Des finances en équilibre instable

Les notables qui fondent les diverses infirmeries locales assurent de même leur gestion et leur financement. Comme il s'agit d'établissements de petite taille, dont l'infrastructure médico-

⁵⁶ ACV, PP 324/1, procès-verbaux du comité, 8 février 1892.

⁵⁷ Aloïs Mandrin (1842-1919) : études de médecine à Berne, établi à Aigle en 1867. Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

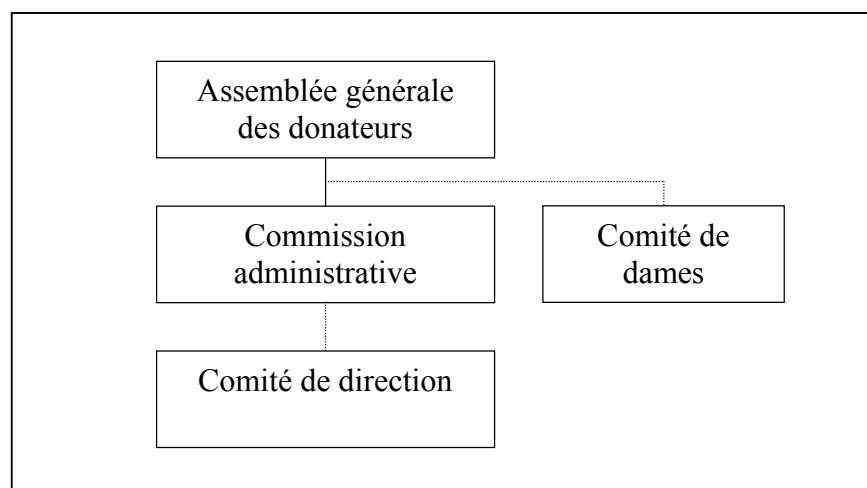
⁵⁸ Plusieurs d'entre eux siègent au comité de direction (voir tableau 31) et occupent le siège de président à de nombreuses reprises (1890-1907, 1910-1914, 1923-1967).

technique est fortement restreinte, leurs besoins financiers sont limités et facilement couverts par la charité privée, si bien qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre la gestion des infirmeries situées dans les petites villes rurales et celles ouvertes dans les centres urbains. Toutefois, les difficultés matérielles apparaissent avec la construction de la première génération de bâtiments hospitaliers, quelles que soient la taille et l'implantation géographique de l'institution.

Organisation administrative

La structure organisationnelle de ces infirmeries est relativement simple : il y a une assemblée générale des donateurs – avec parfois d'importants donateurs nommés à vie – qui se réunit une fois par année pour entériner la gestion de l'établissement. C'est elle qui élit la commission administrative⁵⁹ chargée de la gestion de l'infirmerie au quotidien. On note parfois la présence d'un comité de direction réduit, lorsque la commission administrative comprend un grand nombre de personnes (Aigle, Nyon, Payerne, Sainte-Croix, Yverdon). Cette structure organisationnelle, similaire à celle observée dans le canton de Neuchâtel par Thierry Christ⁶⁰, permet ainsi une démocratisation potentielle du contrôle des hôpitaux, par la possibilité de faire un don, même réduit, et d'accéder à l'assemblée générale.

Fig. 10 Organes administratifs des infirmeries locales vaudoises



⁵⁹ Appelée aussi selon l'établissement et le moment conseil d'administration, commission, comité, etc.

⁶⁰ Thierry Christ, « Du zèle piétiste à l'activisme républicain. Démocratisation de la gestion et du contrôle de l'hôpital à Neuchâtel au 19^e siècle », in *Revue historique neuchâteloise*, 1999, pp. 19-31.

Toutefois, dans les faits, il n'est guère fait usage de ce droit, et les diverses commissions administratives sont composées de notables traditionnels (pasteurs, notaires, propriétaires, négociants), dont elles consacrent le pouvoir social. Les fonctions d'économe, de caissier et de secrétaire de l'infirmerie ne sont pas confiées à des employés salariés mais assumées par les membres des commissions administratives à titre bénévole. Certaines professions semblent prédisposées à ces fonctions, comme les instituteurs, les receveurs de district ou de communes, les banquiers et les industriels. Quant à la direction interne de l'établissement (économat, cuisine, personnel subalterne, surveillance des malades, etc.), elle est confiée à la diaconesse supérieure dans les infirmeries qui font appel à Saint-Loup, ou à un économe-surveillant laïc dans les autres cas.

Enfin, la commission est secondée par un comité de dames, parfois dépendant de l'assemblée générale mais qui fonctionne dans les faits sur le mode de la cooptation. Il regroupe des femmes des familles dominantes dont les époux siègent en général à la commission. Leur rôle dans l'infirmerie est similaire à celui qu'elles jouent dans leur ménage : fourniture de la maison en linge, draps, oreillers, etc., écoute des malades pour « entendre leurs plaintes contre la nourriture ou les soins du personnel, quelquefois fondées, le plus souvent exagérées »⁶¹, recueil de dons en nature, organisation de ventes et de fêtes de Noël, etc. A l'image des mères de familles, elles doivent « mettre de l'huile dans les rouages. »⁶² Les comités de dames n'ont laissé que peu de traces écrites de leurs activités et sont très peu visibles dans les archives hospitalières. Les épouses restent dans l'ombre de leurs maris, qui organisent, gèrent, dirigent, et donc produisent des documents conservés dans les archives. Le rôle des comités de dames est celui de l'intendance, non de la prise de parole et de décision. Il est ainsi tout à fait symptomatique de cette division sexuelle des tâches que le seul historique d'un comité de dames qui nous soit parvenu, celui de l'Infirmerie de Montreux⁶³, n'ait pas été rédigé par l'une de ses membres mais par le Dr Félix Mercanton⁶⁴, président de la commission administrative.

A l'origine, un financement privé

Au niveau financier, la même structure des recettes d'exploitation se retrouve dans la plupart des infirmeries. Elles peuvent être classées en trois grandes catégories : fonds propres (intérêts

⁶¹ Hôpital de Montreux, *Historique de l'activité du Comité des Dames, 1877-1955*.

⁶² Ibidem.

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ Félix Mercanton (1867-1956) : médecin établi à Montreux, président de la Société vaudoise de médecine, conseiller communal au Châtelard. Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

de la fortune et location de biens immobiliers), ressources privées (dons et legs de particuliers, ventes, etc.) et pensions de malades. Enfin, certains établissements bénéficient de diverses autres sources de financement dont les montants sont quasiment négligeables (amendes communales et taxes diverses).

Tab. 26 Ressources financières des infirmeries locales vaudoises dans leurs premières années, en %

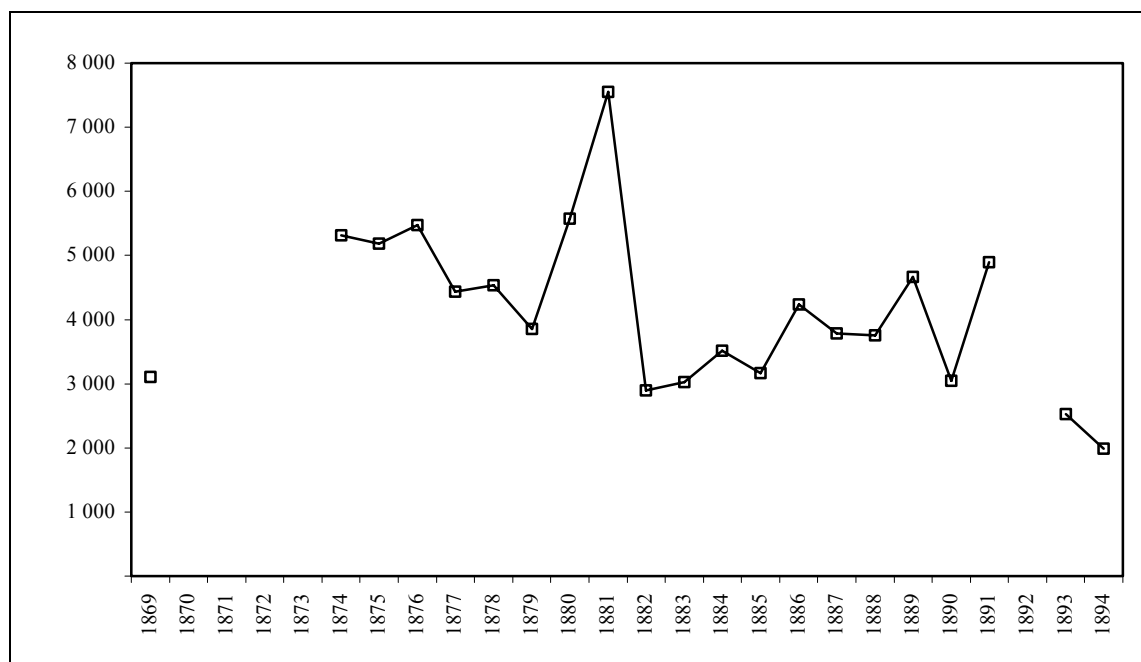
Type de ressources	Nyon 1877	Moudon 1880	Morges 1885	Orbe 1880	Rolle 1861-1867	Vevey- Samaritain 1860	Yverdon 1857-1858
Propres	-	3	11	4	-	3	-
Privées	95	12	40	46	79	74	85
Pensions	5	85	49	47	20	22	15
Divers	-	-	-	3	1	1	-

Malgré la diversité découlant des conditions particulières à chaque établissement, on observe la prédominance du financement privé. Ces ressources proviennent essentiellement de dons et de legs, mais aussi plus occasionnellement de ventes organisées sporadiquement et rapportant plusieurs milliers, voire dizaines de milliers, de francs. L'importance de ces dons explique celle des ressources propres des infirmeries, puisque les bénéfices d'exploitation sont généralement capitalisés, parfois dans un fonds spécial de construction en faveur d'un bâtiment neuf. Ce financement privé assure l'indépendance des infirmeries locales mais ne laisse qu'une marge de manœuvre extrêmement réduite à des administrateurs qui ne sont pas maîtres des revenus de leur institution. Le versement de dons ou de legs est tout à fait aléatoire, à l'exemple de l'évolution des ressources privées de l'Infirmerie d'Aigle entre 1869 et 1894. Cela ne sera pas sans poser de problèmes importants lors du développement de ces infirmeries qui sera financé par emprunt bancaire.

Dans une très large mesure, c'est donc l'importance des dons qui détermine celle des pensions payées par les malades. Il s'agit alors pour les administrateurs de combler un manque à gagner et d'éviter les déficits d'exploitation. Enfin, il faut observer l'absence de tout financement public direct, aussi bien de la part des communes que du canton, si ce n'est le paiement du prix de pension pour certains indigents hospitalisés, mais cette participation est généralement englobée dans la rubrique « pensions » des rapports annuels et n'est ainsi que

difficilement mesurable. On verra ci-dessous comment l'Etat s'implique timidement dans ce financement dès les années 1870⁶⁵.

Graph. 14 Dons à l'Infirmerie d'Aigle, en francs courants, 1869-1894⁶⁶



Un équilibre financier instable après la construction de bâtiments neufs

Cette structure de financement reposant sur les dons convient à des établissements de petite taille aux besoins très limités. En revanche, lorsque les infirmeries s'établissent dans de nouveaux bâtiments – qu'il a fallu financer – elles doivent faire appel à d'autres partenaires financiers. Quelques infirmeries relativement riches se développent sans recours à l'emprunt. C'est le cas à Aubonne, où la fortune accumulée durant les premiers exercices (29'630 francs en 1876 et 45'683 francs en 1881) permet dans les années 1880 l'achat du bâtiment loué jusque-là, ainsi qu'à Nyon en 1897-1898 (achat du bâtiment loué et transformations), où les agrandissements sont financés par les fonds propres de l'institution. De même, à Vevey-Samaritain, un don de 50'000 francs permet l'ouverture d'une annexe pour enfants en 1889. Enfin, l'Infirmerie de Sainte-Croix est ouverte en 1880 dans un bâtiment neuf entièrement

⁶⁵ Voir chapitre 4.

⁶⁶ Hôpital d'Aigle, rapports annuels, 1869-1894.

payé grâce à une somme de 30'000 francs réunie par un comité d'initiative dans les milieux industriels de la localité (familles Mermod, Paillard, Thorens, etc.)⁶⁷.

Certaines infirmeries ont moins de chance, comme celle de Rolle, qui voit sa fortune engloutie en 1899 dans des transformations architecturales, mais parvient à se développer avec ses seuls fonds propres. Dans la majorité des cas, le recours à des capitaux externes est la seule solution possible pour assurer le développement de la maison. Parfois, l'emprunt bancaire n'est que temporaire et n'entraîne pas à terme de dépendance financière grave : à Moudon, un bâtiment neuf est construit en 1888 grâce à des dons et un emprunt qui est amorti trois ans plus tard. Mais souvent, l'emprunt est lourd de conséquences. A Aigle, dans le but de construire une infirmerie, les administrateurs fondent en 1869 une société immobilière à qui sont versés les bénéfices d'exploitation. Cette société contracte une dette pour la construction des nouveaux bâtiments qui sont mis à disposition de l'infirmerie moyennant le paiement d'une location et de l'amortissement de l'emprunt. Jusqu'en 1885, celle-ci verse chaque année une très large partie de ses bénéfices d'exploitation à la société immobilière. Cette dépendance financière entraîne à l'occasion un retard dans les investissements, comme en 1877-1878, lorsque l'on décide de suspendre la construction d'un local de bains et de buanderie, finalement exécutée en 1879. Ce n'est que dans la seconde partie des années 1880 que la charge financière diminue notablement (la dette hypothécaire étant pratiquement nulle). Les bénéfices d'exploitation sont alors thésaurisés et permettent des rénovations en 1904.

Ces problèmes financiers montrent la difficulté de réaliser des investissements d'importance dans le cadre d'un financement traditionnel très dépendant de la générosité privée. Pourtant, malgré ces difficultés, le mode de financement des infirmeries n'est fondamentalement pas remis en question. Il n'y a guère qu'à Morges que l'on rencontre des problèmes insolubles dans le cadre gestionnaire philanthropique. La nouvelle infirmerie ouverte en 1897 pour un coût total de plus de 110'000 francs n'entraîne qu'une faible dépendance financière (emprunt de 17'000 francs) mais engloutit la fortune de l'institution. La part de l'autofinancement dans les recettes d'exploitation de la maison n'est que de 2% en 1900, alors qu'elle était de 11% en 1885, si bien que l'ensemble des recettes ne couvre que 65% des dépenses d'exploitation cette année-là, et 59% en 1906. Les administrateurs déclarent en 1908 être « dans la situation d'un navire qui sombre lentement. »⁶⁸ Cette difficile posture est finalement maîtrisée par de

⁶⁷ *A votre santé. Histoire des institutions de soins à Sainte-Croix*, Sainte-Croix, Les Cahiers du Balcon du Jura, 2000, pp. 77-89. Sur l'industrialisation de Sainte-Croix, voir Laurent Tissot, *E. Paillard & Cie, SA. Une entreprise vaudoise de petite mécanique, 1920-1945. Entreprise familiale, diversification industrielle et innovation technologique*, Cousset, Delval, 1987, 470 p.

⁶⁸ Hôpital de Morges, rapport annuel, 1908, p. 6

nouvelles ressources engendrées par une hausse des prix de pension et l'augmentation du financement privé, grâce à l'organisation régulière de ventes. De plus, on demande officiellement en 1909 aux communes du district d'inscrire à leur budget une contribution à l'infirmierie. Quelques-unes acceptent ce financement, mais uniquement comme un don volontaire de leur part.

Ressources d'exploitation

Ces exemples montrent bien les difficultés qu'ont les administrateurs à dégager les ressources nécessaires à des investissements lourds dans un cadre gestionnaire traditionnel. Très souvent, il ne reste que peu de solutions : l'augmentation du prix de la pension et l'organisation de ventes de charité. Ainsi, à Montreux, la première de ces ventes est organisée en 1897 et rapporte un bénéfice net de 25'000 francs qui permet de se libérer de la dette bancaire et d'agrandir le bâtiment. Mais de nouvelles difficultés naissent de l'insuffisance des ressources, et l'on organise une seconde vente en 1902, qui produit 34'500 francs, qu'on utilise à nouveau pour régler les dettes et installer le chauffage central en 1904. A Morges, des ventes sont tenues sporadiquement depuis 1878 puis tous les deux ans dès 1910. Ces manifestations, bien que parfois irrégulières, deviennent essentielles au bon fonctionnement des infirmeries.

Tab. 27 Ressources financières des infirmeries locales vaudoises, vers 1900⁶⁹

Type de ressource	Aubonne 1912	Montreux 1900	Morges 1900	Nyon 1900	Ste- Croix 1900	Vevey- Samaritain 1895	Vevey- Providence 1915	Yverdon 1900
Propres	42	-	2	11	26	10	30	14
Privées	8	55	55	17	37	67	9	37
Pensions	49	43	38	72	37	23	61	48
Divers	1	2	5	-	-	-	-	1

Finalement, le moyen le plus utilisé par les infirmeries pour augmenter leurs ressources est l'augmentation du prix de la journée de pension dont l'importance grandissante dans le financement des infirmeries est reflétée par le tab. 27 ci-dessus. On reporte donc sur les malades et ceux qui les subventionnent l'augmentation des dépenses hospitalières. Même si les sources ne permettent que très difficilement d'évaluer la part des assurances, des communes et de l'Etat dans le paiement des pensions, on peut toutefois affirmer que la part des malades admis gratuitement à l'infirmierie diminue très largement. A leur origine, les

⁶⁹ Rapports annuels des divers établissements.

infirmes se voulaient d'abord des établissements médicaux d'accueil pour les classes populaires et acceptaient de très nombreuses hospitalisations gratuites. Ainsi, à Saint-Loup en 1853, on hospitalise gratuitement 200 des 228 malades admis (soit 88%). Mais, face au succès de ces infirmes auprès d'un large public qui n'est pas seulement celui des déshérités, les diverses administrations vont restreindre cette politique caritative d'accueil et faire participer les hospitalisés au financement de l'institution. A Aigle par exemple, les hospitalisations gratuites qui représentent 15.3% des malades durant les années 1878-1893 connaissent en réalité une forte baisse pendant cette période : elles passent de 26.9% des malades en 1878-1882 à 7.4% en 1889-1893.

Tab. 28 *Paiement des pensions de malades à l'Infirmier d'Aigle, 1878-1893*⁷⁰

Prise en charge de l'hospitalisation	Malades en %
Aux frais des communes (indigents de la commune)	35.9
Payent eux-mêmes (non indigents)	26.2
Aux frais de l'Etat (autres indigents)	15.3
Gratuité (indigents indéfinis)	15.3
Membres de Sociétés de secours mutuels	7.3
Total	100.0

Si la part des accueils gratuits diminue, les commissions administratives ne reportent pas uniquement les frais d'hospitalisation sur les malades eux-mêmes. On observe à l'occasion la participation de caisses de secours mutuels et des premières assurances mais leur implication est encore faible : elles assument par exemple les frais de 7.3% des individus hospitalisés à Aigle entre 1878 et 1893, sans évolution notable au cours de ce laps de temps. Le second 19^e siècle est l'époque de la signature de nombreuses conventions avec ces sociétés afin de garantir l'hospitalisation de leurs membres à un prix fixé à l'avance. Il est pourtant très difficile d'obtenir des données utilisables sur les sociétés de secours mutuels avant 1900. Dans le cadre de l'étude sur ces sociétés publiée en 1888 par la Société suisse de statistique⁷¹, Hermann Kinkelin regrette l'absence de données fiables dans le domaine comptable et écrit que « nous n'avons aucune donnée d'une valeur générale concernant les dépenses occasionnées par les traitements médicaux et les soins dans les hôpitaux. »⁷² En effet, ces diverses sociétés assurent leurs membres contre la perte de gain en cas de maladie et

⁷⁰ Hôpital d'Aigle, rapports annuels, 1878-1893.

⁷¹ Hermann Kinkelin, *Les Sociétés de secours mutuels en Suisse en 1880*, Berne, 1888, 79 + 76 p.

⁷² Ibidem, p. 55

d'accident, avec parfois une participation aux frais médicaux hospitaliers ou ambulatoires, mais cette part est très difficilement identifiable et chiffrable.

Tab. 29 *Les caisses de secours mutuels du canton de Vaud en 1880 et en 1903*⁷³

	1880 en %		1903 en %	
Nombre total de caisses	31		65	
Caisses payant des hospitalisations	6	19.4	7	10.8
Dépenses totales (en francs)	175'374		930'836	
Dépenses hospitalières (en francs)	5'837	3.3	8'050	0.9
Nombre total de membres	12'615		18'542	
Membres couverts pour l'hospitalisation	3'027	24.0	4'676	25.2

Selon les données officielles reproduites ici, on observe un fort développement des sociétés de secours mutuels entre 1880 et 1903 dans le canton de Vaud : le nombre de caisses double et celui de leurs assurés est en augmentation de 47%, alors que leurs dépenses connaît une hausse de 430%. Cependant, cette croissance ne profite pas à une extension de la couverture des frais hospitaliers. Si un quart des assurés est membre d'une caisse qui prend en charge les dépenses hospitalières, l'accès à ce type de prise en charge est sans doute très restrictif, puisqu'elles ne se montent qu'à 3.3% des dépenses des caisses en 1880 et 0.9% en 1903. Rapportés à l'ensemble de la population cantonale, les membres de caisses prenant en charge des frais hospitaliers ne représentent que 1.3% des Vaudois en 1880 et 1.7% en 1903.

La faible intervention des caisses de secours mutuels dans le financement des infirmeries n'empêche toutefois pas une collaboration dans certains cas. Ainsi, à Vevey-Samaritain, un premier accord est signé en 1870 avec la Société de secours pour les ouvriers malades. Une étroite collaboration est mise en place entre l'infirmerie et cette société de secours. Cette dernière met à disposition de l'infirmerie un bâtiment en sa possession (1870) puis lui prête sans intérêts le produit de la vente de cet immeuble (37'200 francs en 1875) en faveur de la construction d'une nouvelle infirmerie⁷⁴. A Morges, des accords similaires sont passés avec la Société des ouvriers malades (1872), la section locale de la Société de secours mutuels (1882) et le Comité des ouvriers de la Société industrielle (1908)⁷⁵.

⁷³ Sources : Hermann Kinkelin, op. cit., *Les sociétés de secours mutuels en Suisse en l'année 1903*, Berne, Département fédéral de l'Industrie, 1907, 335 p.

⁷⁴ Hôpital de Vevey-Samaritain, rapports annuels, 1870-1875.

⁷⁵ Hôpital de Morges, rapports annuels et procès-verbaux du comité de direction, 1872-1908.

Les caisses de secours mutuels ont alors comme but premier de venir en aide aux personnes tombées dans l'indigence pour cause de maladie, d'accident ou de décès dans la famille, autant d'événements imprévisibles qui ne permettent plus à un individu ou une famille de vivre de son travail⁷⁶. Il semble bien que la signature d'une convention entre une infirmerie et une caisse de secours mutuels n'implique pas automatiquement le paiement des frais hospitaliers par cette dernière. Elle garantit avant tout un prix de la journée fixe, parfois à un tarif préférentiel, pour les membres des caisses conventionnées⁷⁷.

Il y a aussi les collectivités publiques qui financent tout ou partie des hospitalisations de leurs indigents. Les communes sont particulièrement actives et interviennent au titre de l'assistance aux indigents. Elles paient par exemple l'hospitalisation de 35.9% des patients à Aigle entre 1878 et 1893. Enfin, en vertu de la loi sur les infirmeries adoptée en 1875, l'Etat subventionne dès cette année-là l'hospitalisation de malades indigents qui ne peuvent être admis à l'Hôpital cantonal faute de place. Cette intervention étatique est à replacer dans le contexte de l'amorce d'une politique hospitalière globalisante à l'échelle du canton et du redéploiement de l'Hôpital cantonal au cours des années 1870. La prise en charge par l'Etat des journées d'hospitalisation de malades indigents dans les infirmeries locales est un trait caractéristique de la politique hospitalière vaudoise durant plus d'un siècle⁷⁸.

Un exemple : l'Infirmerie de la Broye à Payerne (1867-1920)

Le cas de l'Infirmerie de la Broye illustre parfaitement le fonctionnement financier des infirmeries vaudoises à leur début. Fondée par des notables de la Broye en 1867, elle est un produit classique des élites locales. Vu son caractère fortement religieux, les pasteurs sont majoritaires au comité et occupent même le siège de président jusqu'en 1913.

L'Infirmerie est ouverte en 1867 dans une maison de maître de Payerne. Elle comprend neuf lits et permet l'hospitalisation de quelques dizaines de malades par année (76.5 hospitalisations par année en moyenne pour la période 1868-1884). Sa gestion est essentiellement caritative. Les dons représentent l'essentiel des ressources (63.0% pour la période 1879-1884) et ne se limitent pas à des versements en espèces. Ainsi que le rappelle

⁷⁶ Sur le rôle et le fonctionnement des sociétés de secours mutuels, voir David Muheim, *Le mutualisme contre l'assurance sociale. La Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Suisse romande et les premiers projets d'assurance maladie (1893-1912)*, Université de Lausanne, mémoire de licence, 1998, 96 p.

⁷⁷ Bien souvent, le contenu exact des conventions, elles-mêmes non conservées, n'est pas spécifié dans les rapports annuels ou procès-verbaux des infirmeries.

⁷⁸ Voir chapitre 4.

une publication de l'Infirmier en 1940, les dons en nature sont omniprésents : « [...] tout le monde dans la contrée aime l'Infirmier et se fait un devoir et un plaisir de l'aider de ses dons en nature et en argent. L'un donne de l'épicerie, un autre du bois, un troisième du linge ; tel maître d'état fait un rabais sur sa facture ou se contente de ses seuls débours ; telle ménagère en faisant au four apporte un gâteau pour les malades ou met de côté de la saucisse quand elle fait boucherie ; les paysans fournissent des légumes. »⁷⁹ Ces contributions sont évidemment importantes pour le fonctionnement de l'établissement. Elles sont aussi le reflet de la place qu'occupe l'infirmier dans la communauté locale. Celle-ci ne se veut pas seulement l'instrument de l'élite qui siège à son comité et l'administre mais aussi un outil de l'ensemble de la communauté qui permet l'accueil et l'aide pour les malades et les blessés indigents, tout en renforçant le sentiment d'appartenance communautaire aux couches populaires. Ce trait caractéristique, qui n'est pas propre à Payerne, explique dans une large mesure la vivacité avec laquelle les administrateurs d'infirmiers s'opposent aux tentatives interventionnistes de l'Etat dans l'entre-deux-guerres⁸⁰.

Tab. 30 Membre du comité de l'Infirmier de Payerne, 1867-1920⁸¹

Profession	Nombre	En % du total
Pasteurs	29	34.8
Professions libérales	8	9.6
Politiciens (syndics, préfets, députés)	7	8.4
Artisans	3	3.6
Médecins	2	2.4
Fonctionnaire	1	1.2
Colonel	1	1.2
Non identifiés	31	38.8
Total	82	100.0

Un bâtiment neuf est inauguré en 1885, avec l'aide financière de l'Etat et des communes. Il correspond à l'entrée en activité des diaconesses de Saint-Loup à la tête de l'établissement. Les médecins de la région y sont employés selon le principe d'un tournus. Divers agrandissements mènent l'infirmier à 35 lits en 1899 puis 55 lits en 1902 et 65 en 1913, et

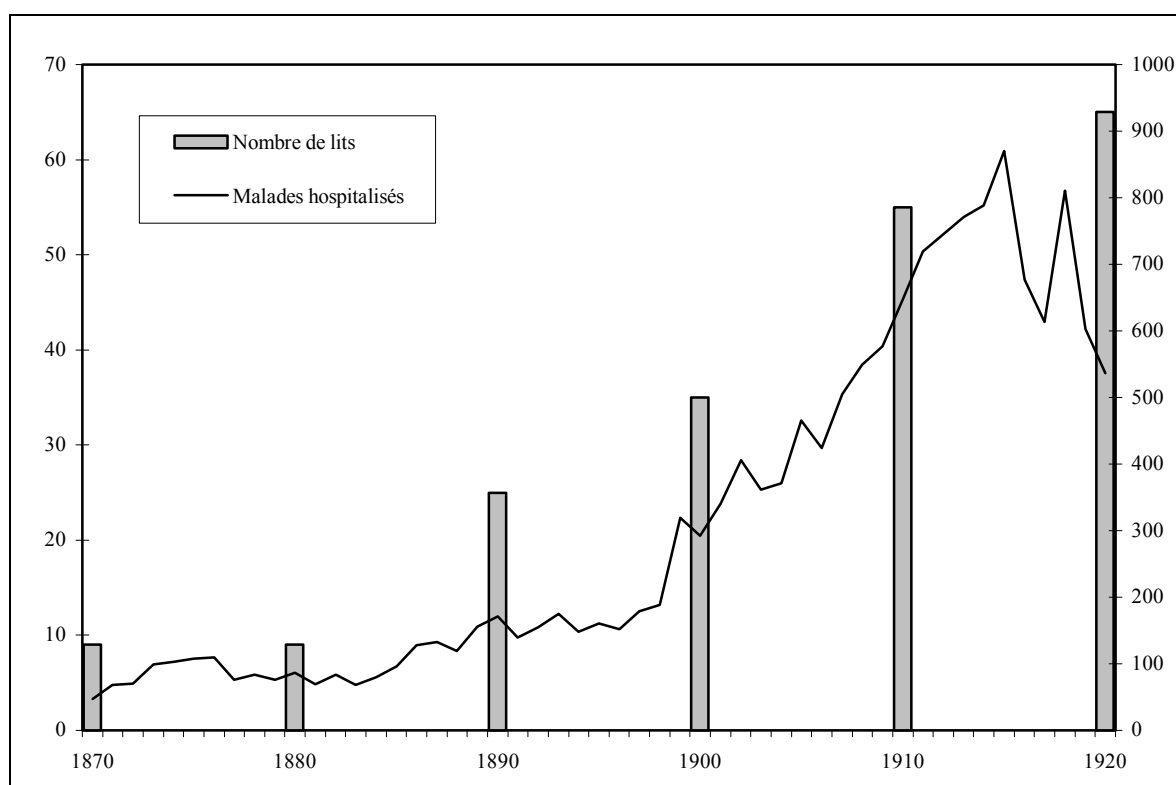
⁷⁹ Ibidem, p. 28.

⁸⁰ Selon l'historien canadien Daniel Hickey, ce sont des considérations sociales identiques qui expliquent l'opposition systématique des communautés locales aux tentatives du pouvoir royal français de centraliser et de contrôler la gestion des hôpitaux provinciaux au cours de l'Ancien Régime. Voir l'excellent Daniel Hickey, *Local Hospitals in Ancien Régime France. Rationalization, Resistance, Renewal, 1530-1789*, Montréal, 1997, 275 p.

⁸¹ *L'infirmier de la Broye. Notice historique, 1867-1940*, s.l., s.d., pp. 34-36.

permettent la rénovation des salles d'opérations vers 1900. On assiste alors à l'ouverture de l'établissement vers une plus grande prise en charge de malades. Leur nombre passe de 161 en 1895 à 771 en 1913. Le développement de l'Infirmérie repose ainsi essentiellement sur l'accroissement de sa capacité d'accueil. Cette forte hausse n'est pas le seul reflet de la croissance démographique, qui reste limitée dans le cas du district de Payerne. Sa population passe en effet de 10'362 personnes en 1870 à 12'317 en 1920 (+ 18.9%), une augmentation qui touche essentiellement la bourgade de Payerne, dont le nombre d'habitants passe de 3'249 à 5'305⁸². Ce sont donc plutôt de nouvelles pratiques en matière de consommation des soins qui mènent la population à recourir de manière beaucoup plus massive à l'hôpital.

Graph. 15 Capacité d'accueil (nombre de lits) et malades hospitalisés à l'Infirmérie de la Broye, 1870-1920⁸³



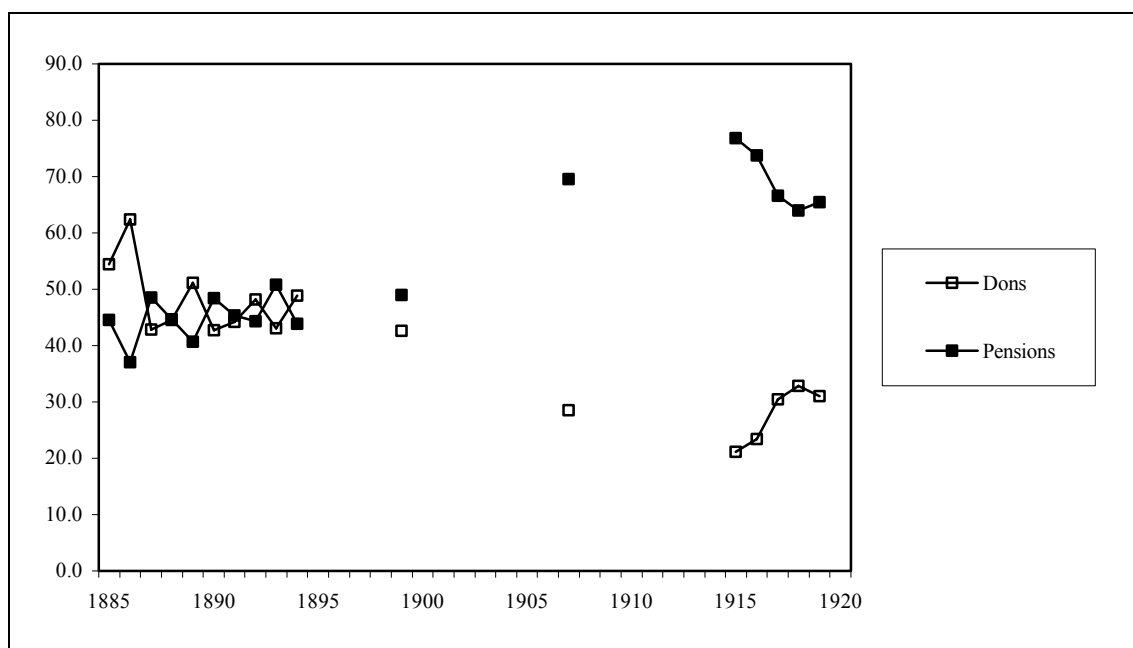
La charge financière de toutes ces améliorations – qui nécessitent des emprunts bancaires – se fait durement ressentir. Elle se monte à près de 20% des dépenses d'exploitation en 1887 et à plus de 10% jusqu'à la fin des années 1890. Il faut attendre 1935 pour voir la totalité des emprunts remboursés.

⁸² *Annuaire statistique du canton de Vaud – 1985*, Lausanne, Service cantonal de recherche et d'information statistiques, 1985, pp. 60-61.

⁸³ *L'infirmérie de la Broye...*, op. cit., pp. 39-41.

L'essentiel du problème ne réside pourtant pas dans ces emprunts mais dans la structure financière du nouvel établissement mis en place. On a affaire à un véritable changement d'échelle dans la prise en charge de malades. Il faut ainsi de plus en plus d'argent pour faire fonctionner l'établissement. Les dépenses d'exploitation suivent une courbe identique à celle du développement des hospitalisations. Elles sont d'environ 12'000 francs dans les années 1880-1890⁸⁴ puis se montent à 21'003 francs en 1899, 54'548 francs en 1915 et 83'778 en 1921. Les ressources de la charité privée ne suffisent pas à assurer cette hausse des coûts, elle-même galvanisée par l'inflation après 1914. Les dons, qui représentent encore près de la moitié des recettes dans les années 1885-1895, sont en chute libre après 1900. Ils ne se montent plus qu'à 25-30% des recettes à la fin des années 1910.

Graph. 16 Ressources de l'Infirmierie de la Broye, Payerne, en %, 1885-1920



En l'absence de recettes privées en augmentation, l'infirmierie recourt aux pensions des malades. C'est cette part des recettes qui soutient la croissance de l'établissement et compense les manques. A Payerne, les pensions de malades sont prises en charge de manière de plus en plus importante par l'Etat jusqu'en 1920. La part des malades dont la pension est assurée par l'Etat est en effet de 40.3% en 1890, 42.1% en 1900, 43.2% en 1910 et 46.8% en 1920⁸⁵. Ces chiffres suffisent à montrer toute l'ambiguïté des établissements philanthropiques privés

⁸⁴ Moyenne annuelle de 12'448 francs pour la période 1886-1894.

fortement dépendants des deniers de l'Etat – et de plus en plus au cours du temps – ainsi que les limites matérielles de l'initiative privée en matière d'hospitalisation des malades.

L'exemple de l'Infirmerie de Payerne met en lumière un développement lent et par étapes de l'institution hospitalière dans les districts, qui correspond à une gestion prudente des ressources et qui est rendu possible par une croissance démographique régionale limitée. Or, on peut légitimement s'interroger sur la généralisation de ce modèle à l'ensemble des infirmeries vaudoises. En effet, dans certains centres urbains du canton, la présence d'une élite sociale dominant la vie économique cantonale et son engagement dans les affaires hospitalières débouche peut-être sur une approche différente en matière de gestion, d'autant plus qu'on a affaire à des régions qui présentent une évolution démographique beaucoup plus dynamique. Ce n'est pas un hasard si les deux seules infirmeries ouvertes dans des bâtiments neufs sont celles de Saint-Croix, dirigée par les industriels de la localité, et celle de Montreux, administrée par les personnalités économiques et politiques dominantes. Cependant, l'exemple de Montreux montre que les différences gestionnaires se limitent à l'investissement immobilier, cette infirmerie présentant les traits caractéristiques du modèle philanthropique tel qu'il se rencontre ailleurs dans le canton.

Elites économiques et gestion hospitalière : le cas de l'Infirmerie de Montreux

L'Infirmerie de Montreux se détache quelque peu du modèle philanthropique exposé jusqu'ici. Bien que ce soient, comme ailleurs dans le canton, des donateurs privés qui sont à son origine, elle se distingue des autres par l'adoption d'un projet d'envergure dès sa création, qui s'explique par un très fort développement de la ville, dont le nombre d'habitants passe de 6'173 en 1870 à 13'519 en 1900 (+ 113%)⁸⁵, ainsi que par l'engagement de l'élite économique locale à la tête de l'établissement. Le comité de direction est en effet composé en 1890 de représentants des professions libérales (médecins, juristes, pasteurs, banquiers), aux relations d'affaires nationales voire internationales, dont l'engagement politique est tout à fait remarquable. La grande majorité d'entre eux occupe un poste de conseiller communal ou de député, généralement dans les rangs du parti libéral.

⁸⁵ *L'infirmerie de la Broye...*, op. cit. ; CRCE, Département de l'Intérieur.

⁸⁶ Montreux est en 1900 l'une des trois villes de plus de 10'000 habitants du canton, avec Vevey et Lausanne. *Annuaire statistique du canton de Vaud – 1985*, Lausanne, Service cantonal de recherche et d'information statistiques, 1985, pp. 62-63.

Tab. 31 Comité de direction de l'Infirmierie de Montreux, 1890⁸⁷

Noms	Carrière
Carrard Alfred (1827-1907), président	Médecin, conseiller communal au Châtelard.
Bertholet Henri (1843-1908)	Médecin, conseiller communal au Châtelard, membre du conseil d'administration de la Banque de Montreux.
Chessex Clément	Ingénieur, député au Grand Conseil.
Dubochet Julien (1837-1896)	Banquier, député libéral à la Constituante de 1885, président du Synode de l'Eglise nationale.
Herzog Edouard (1848-1923)	Pasteur de l'Eglise libre, adjoint du directeur de l'Institution de diaconesses de Saint-Loup.
Masson François (1848-1915)	Médecin, conseiller communal.
Masson	Syndic.
Mayor Eugène (1850-1929)	Agriculteur à Clarens, conseiller municipal au Châtelard, député libéral au Grand Conseil.
Monnier Henri (1847-1922)	Médecin, conseiller communal.
Payot Paul (1857-1929)	Pasteur.
Perret Léon	Notaire.
Vuichoud Emile (1856-1906)	Avocat, juge, député libéral au Grand Conseil, syndic du Châtelard, conseiller national.

Alors qu'ailleurs les infirmeries sont plutôt de taille réduite et débutent leurs activités dans des conditions matérielles minimales, celle de Montreux affiche tout de suite ses ambitions⁸⁸. Fondée sous forme de société anonyme en 1874, elle ouvre ses portes en 1877 dans un bâtiment flambant neuf d'une vingtaine de lits qui aura coûté près de 100'000 francs. Cet investissement originel est essentiellement financé par des fonds privés. Entre 1874 et 1877, la SA de l'Infirmierie de Montreux a accumulé des recettes pour un montant global de 105'000 francs, dont 80% proviennent de dons, 11% de subventions communales extraordinaires⁸⁹, 7% de ressources propres (revenus de la fortune) et 2% des pensions pour 1877. L'importance de ces dons permet alors d'acquérir un terrain et d'y bâtir une infirmerie, tout en laissant un bénéfice d'exploitation de 1'094 francs pour l'année 1877. Les administrateurs ont réussi le tour de force de créer en quelques années une infirmerie neuve tout en restant indépendants financièrement. Pourtant, l'Infirmierie de Montreux présente une organisation interne des plus

⁸⁷ Hôpital de Montreux, rapport annuel, 1890. Les informations biographiques sont tirées des dossiers ATS conservés aux ACV et des ouvrages cités en bibliographie.

⁸⁸ L'Infirmierie de Montreux est celle qui offre la plus grande capacité d'accueil des infirmeries à leur ouverture.

classiques, avec un service médical exercé en tournus par divers médecins de la localité et une direction interne remise entre les mains des diaconesses.

Graph. 17 Infirmierie de Montreux, malades hospitalisés et fortune de l'établissement en francs, 1877-1894⁹⁰



Engagés dans une dynamique financière réjouissante, les administrateurs de l'Infirmierie envisagent son avenir avec optimisme. Or, ils se heurtent très rapidement à de graves difficultés financières, dues à des ressources limitées et insuffisantes. En effet, dès l'inauguration de l'établissement en 1877 jusqu'à la fin des années 1890, l'institution présente un déficit chronique qui n'est pas perçu comme tel par les administrateurs. Comme on ne capitalise pas la fortune de l'institution en bilan mais qu'on la considère dans sa totalité comme une recette de l'année en cours (sous la rubrique « solde en caisse »), les comptes d'exploitation restent longtemps bénéficiaires mais la fortune fond très rapidement. Alors qu'elle se monte à 17'438 francs en 1878 suite à d'importants dons, elle diminue peu à peu, au

⁸⁹ Il s'agit de dons en faveur de la création de l'infirmierie. Les communes n'interviennent alors pas dans le financement de l'exploitation.

⁹⁰ Hôpital de Montreux, rapports annuels, 1877-1894. A Montreux, la fortune de l'infirmierie correspond au « solde en caisse » du compte d'exploitation.

point d'atteindre 4'196 francs en 1894, avant de disparaître complètement⁹¹. En 1897, l'Infirmierie vit sur les crédits de la Banque de Montreux, dont l'un des administrateurs, Henri Bertholet, est membre du comité de direction. Face à ce désastre financier, les administrateurs décident l'organisation d'une grande vente en 1898. Cette manifestation parvient à mobiliser les ressources de la charité et rapporte un bénéfice net de près de 25'000 francs, somme qui permet d'assainir les comptes et d'envisager un agrandissement de la maison. Rapportée à l'évolution de malades hospitalisés, le déclin de la fortune met en lumière l'inadéquation et l'insuffisance des ressources de l'établissement. L'accueil d'un nombre croissant d'hospitalisés (152 en 1880 et 326 en 1895) se fait au détriment de l'équilibre financier de l'Infirmierie.

Les difficultés financières rencontrées à Montreux sont symptomatiques d'un système de financement sur lequel les administrateurs n'ont qu'une influence extrêmement réduite. L'importance des ressources privées (dons, legs, etc.) varie d'une année à l'autre et ne permet pas d'envisager de plan de développement à moyen terme. L'organisation sporadique de grandes ventes permet un revenu ponctuel important et salvateur mais qui ne résout pas le problème structurel des ressources hospitalières et la présence de l'élite économique locale à la tête de l'établissement n'y change pas grand chose. Pour la bourgeoisie montreu-sienne, l'Infirmierie est une œuvre philanthropique parmi d'autres⁹², qui répond avant tout au besoin de répondre à la question sociale. C'est pour cette raison qu'une chambre forte est construite en 1881 dans le cadre de l'établissement, afin d'y enfermer notamment « des personnes en état d'arrestation, que l'autorité judiciaire confie aux soins de nos diaconesses. »⁹³ Dans le même état d'esprit, le comité directeur décide en 1885 de refuser l'hospitalisation des étrangers malades séjournant dans les hôtels de la ville, pour ne pas encombrer un établissement destiné d'abord aux indigents⁹⁴. Si elle a pu bénéficier au moment de sa fondation des largesses d'une élite locale acquise à des dépenses d'infrastructure ostentatoires en faveur des indigents malades, dans une logique d'Ancien Régime⁹⁵, l'Infirmierie de Montreux n'en reste pas moins un établissement philanthropique classique, ce qui explique

⁹¹ La situation est identique à Yverdon, où la fortune est comptabilisée dans les recettes d'exploitation sous la rubrique « en caisse ». Cet établissement ne connaît pas de déficit mais voit sa fortune réelle passer de 12'623 francs en 1872 à 29 francs en 1879.

⁹² Les premières ventes en faveur de l'Infirmierie (1898 et 1904) sont d'ailleurs organisées par la société d'utilité publique locale qui met sur pied des manifestations similaires en faveur du monument du doyen Bridel (1894), des nouvelles orgues de l'église de Montreux (1895) et du monument Eugène Rambert (1895). Hôpital de Montreux, cahier intitulé *Utilité publique – Infirmierie de Montreux – Ventes de bienfaisance*, 1895-1904.

⁹³ Hôpital de Montreux, rapport annuel, 1881.

⁹⁴ Hôpital de Montreux, rapport annuel, 1885.

⁹⁵ Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, pp. 22-24.

les difficultés matérielles dont elle est l'objet et qui préfigurent les difficultés auxquelles se trouvent confrontées les autres infirmeries du canton lorsqu'elles s'installent dans des bâtiments neufs.

Entre philanthropie et médecine, les hôpitaux spécialisés lausannois

Les établissements hospitaliers philanthropiques vaudois ne se limitent toutefois pas aux infirmeries locales. Il faut y ajouter trois établissements spécialisés fondés en ville de Lausanne au milieu du 19^e siècle : l'Asile des aveugles (1843), l'Hospice de l'Enfance (1861), ainsi que l'Hospice orthopédique de la Suisse romande (1876). Ces institutions sont en effet issues elles-mêmes du milieu philanthropique protestant et présentent de nombreux aspects similaires aux infirmeries locales. Au niveau gestionnaire tout d'abord, ces établissements doivent aussi leur existence et leurs ressources annuelles à des gestes charitables, même si l'engagement financier est d'une toute autre ampleur. Les philanthropes lausannois investissent en effet dans leurs hôpitaux privés des sommes d'argent considérables qui n'ont rien à voir avec celles mises à disposition des infirmeries locales. L'Asile des aveugles est fondé et financé par un aristocrate anglais installé à Lausanne, William Haldimand⁹⁶, qui essuie les déficits annuels de l'établissement jusqu'à sa mort (1862) et verse au total plus d'un million de francs à l'institution⁹⁷. A ses côtés, les familles libérales lausannoises et quelques aristocrates étrangers, parmi lesquels la reine d'Angleterre, assurent l'essentiel des ressources de l'Asile, dont la fortune passe de quelque 65'000 francs en 1860 à plus de 730'000 francs en 1910. En conséquence, le taux d'autofinancement est important et en constante croissance (5.1% en 1850 et 44.2% en 1890). A eux seuls, dons et ressources propres représentent plus de 80% des recettes jusque dans les années 1880. Bien qu'ils soient beaucoup moins riches⁹⁸, l'Hospice de l'Enfance et l'Hospice orthopédique vivent aussi de la générosité privée. Les recettes du premier en dépendent à plus de 80% jusque vers 1900 et celles du second à près de 70% durant les années 1870. Autre point commun avec les infirmeries locales, ces institutions spécialisées lausannoises sont gérées par des commissions administratives dans lesquelles prédominent les ressortissants des couches sociales supérieures de Lausanne, généralement proches du parti libéral et de l'Eglise libre (de Cérenville, Charrière de Sévery, de Crousaz,

⁹⁶ William de la Rive, *William Haldimand*, Lausanne, La Concorde, 1944, 77 p.

⁹⁷ Selon Jacques Clavel et Jacques David Chausson, *La pérennité d'une vocation: Asile des aveugles, Lausanne: centre d'accueil, d'instruction et d'adaptation pour aveugles et faibles de vue: 1843-1993*, Lausanne, Fondation de l'Asile des aveugles, 1993, p. 19.

⁹⁸ L'Hospice de l'Enfance a une fortune en capitaux de 22'550 francs en 1900 et l'Hospice orthopédique environ 40'000 francs en 1911.

Dapples, van Muyden, Poudret, Verrey, etc.). Le tableau ci-dessous représentant les personnes nommées au comité de direction de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande dans les années 1876-1900 illustre tout à fait ce phénomène. On y retrouve les élites philanthropiques classiques (médecins, avocats, banquiers et pasteurs), proches du parti libéral et de l'Eglise libre.

Tab. 32 Membres du comité de direction de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande nommés entre 1876 et 1900⁹⁹

Dates	Nom	Carrière
1876-1891	Henri Martin	Médecin, fondateur de l'Hospice.
1876-1919	Louis Grenier	Avocat, juge cantonal, professeur de droit à l'Académie, député libéral au Grand Conseil.
1876-1877	François Joël	Médecin, directeur de l'Hospice de l'Enfance, professeur de zoologie à l'Académie, membre du Conseil de Santé.
1876-1917	Oswald Heer	Médecin, fondateur du Dispensaire central, député libéral au Grand Conseil.
1876-1882	Robert Lehmann	Agent de change à Lausanne.
1877-1927	Edouard Martin	Médecin-chef de l'Hôpital pour enfants Gourgass (GE), fondateur de l'Asile Pinchat (GE), cousin d'Henri Martin.
1880-1903	Paul Chavanne	Banquier privé à Vevey.
1880-1904	Lucien Gautier	Professeur de théologie à la Faculté libre de Lausanne, membre du Comité international de la Croix-Rouge.
1882-1908	Paul Guye	Banquier privé à Lausanne.
1891-1913	Charles Secrétan	Avocat, député libéral au Grand Conseil.

La forte présence de représentants des milieux financiers (33%) montre toutefois que les soucis gestionnaires sont présents dès l'ouverture de l'établissement et n'apparaissent pas avec les réorganisations de l'entre-deux-guerres, comme c'est le cas dans les infirmeries locales. L'élite économique libérale ne fait pas que financer l'Hospice orthopédique mais s'implique dans le contrôle de son administration. Cette remarque s'applique aussi aux deux autres hôpitaux philanthropiques lausannois. Dans son conseil d'administration, qui voit siéger 21 personnes au total entre 1861 et 1900, l'Hospice de l'Enfance comprend un banquier et cinq ingénieurs – dont deux occupent le poste de président de 1870 à 1903. Quant à l'Asile des aveugles, qui compte trois financiers et deux négociants (17%) parmi les 29

⁹⁹ ACV, P Hospice orthopédique, rapports annuels. Les informations biographiques sont tirées des dossiers ATS conservés aux ACV, ainsi que des ouvrages cités en bibliographie.

administrateurs nommés en 1843-1900, il est même présidé depuis 1897 par le banquier Edmond Tissot¹⁰⁰.

La taille de ces trois établissements est aussi limitée lors de leur ouverture : on dénombre 22 lits à l'Enfance et 8 lits à l'Orthopédique, alors que l'Asile des aveugles compte 122 hospitalisations en 1850 et 201 en 1860. Au niveau organisationnel, ce sont les membres des commissions administratives qui occupent les postes de comptable et de secrétaire. La direction interne des établissements est confiée à un pasteur (Asile des aveugles) ou à des diaconesses (Hospice de l'Enfance). Enfin, la proximité avec les infirmeries locales s'observe aussi au niveau de la fonction sociale de ces hôpitaux privés, dont le but est autant de guérir des malades que de venir en aide et d'encadrer les ressortissants des classes populaires, à l'image de l'Hospice de l'Enfance dont les administrateurs expliquent en 1862 que « ces chers petits invalides sont en général mal soignés dans leurs familles, par suite des mauvais logements et des conditions hygiéniques défectueuses, par suite de la gêne ou des occupations externes des parents, souvent aussi de leur négligence et de leur peu de discernement. »¹⁰¹ De par leurs aspects organisationnels, gestionnaires et sociaux, les hôpitaux spécialisés lausannois s'apparentent ainsi totalement aux infirmeries locales.

C'est essentiellement au niveau médical que ces trois établissements se distinguent des infirmeries locales. La position qu'ils occupent n'est en effet pas uniquement une niche sur le marché philanthropique mais aussi une sur le marché des soins. Ainsi que l'a relevé Lindsay Granshaw pour le cas anglais, l'existence d'un établissement hospitalier spécialisé est un élément qui peut s'avérer déterminant dans l'autonomisation d'une partie de la médecine comme spécialisation reconnue¹⁰². L'Asile des aveugles entre tout à fait dans ce modèle. Il naît en effet de la rencontre entre des philanthropes-bailleurs de fonds et un jeune médecin désireux de se spécialiser en ophtalmologie, le Dr Frédéric Recordon¹⁰³, mais qui n'a pas accès à un service hospitalier. Après quelques mois passés à l'Hôpital cantonal comme interne, en 1837, où il présente déjà un certain intérêt pour l'ophtalmologie¹⁰⁴, il ne dispose plus que de son cabinet privé en ville. C'est précisément son poste de médecin-chef de l'Asile

¹⁰⁰ Edmond Tissot (1823-1915) : banquier, député libéral au Grand Conseil et colonel, il occupe le fauteuil de président du conseil d'administration de l'Asile des aveugles de 1897 à 1906. Sa fille Emma Monneron-Tissot (1847-1918) a fondé la Société vaudoise de la Croix-Rouge. Charles Gorgerat, op. cit., p. 237.

¹⁰¹ Hospice de l'Enfance, rapport annuel, 1861-1862, p. 1.

¹⁰² Lindsay Granshaw, « "Fame and fortune..." », op. cit.

¹⁰³ Frédéric Recordon (1811-1889) : médecin établi à Lausanne (1836), premier médecin-chef de l'Asile des aveugles (1843-1880), chef du Service sanitaire (1857-1885), professeur de médecine et d'hygiène à l'Académie. *Belles-lettres...*, op. cit., p. 52.

¹⁰⁴ Il demande cette année-là qu'on lui mette à disposition huit lits pour les maladies des yeux. ACV, K VIII B 18, lettre de Recordon, 1837.

des aveugles qui en fait le premier spécialiste reconnu de cette branche dans le canton de Vaud¹⁰⁵. La situation est un peu similaire dans le cas de l'Hospice orthopédique, qui offre une légitimité institutionnelle à son fondateur, le Dr Henri Martin, déjà porteur d'une légitimité familiale et historique, puisqu'il est le descendant – et l'héritier – de Venel, orthopédiste de renom installé à Orbe à la fin du 18^e siècle¹⁰⁶. Seul l'Hospice de l'Enfance s'écarte de ce modèle, puisque les médecins à sa tête ne se spécialisent pas en pédiatrie mais restent des généralistes.

L'arrivée de la nouvelle médecine hospitalière et la modernisation de ces établissements se font pourtant selon des modalités différentes. Lorsqu'elles sont apportées par les médecins-chefs (Asile des aveugles et Hospice de l'Enfance), elles se réalisent très facilement. En revanche, si les velléités modernisatrices sont le fait d'un médecin assistant et vont à l'encontre de la position dominante du médecin-chef, qui plus est propriétaire et fondateur, comme c'est le cas à l'Hospice orthopédique, la transition demande plus de temps¹⁰⁷. Néanmoins, quelle que soit la manière dont s'industrialise la médecine dans ces établissements, ils voient tous leur système gestionnaire profondément remis en question, comme il l'est dans les infirmeries locales, malgré des ressources financières à priori considérables.

Conclusion

Les infirmeries locales vaudoises sont à leur origine un fruit du Réveil protestant et, à ce titre, elles s'inscrivent dans un contexte qui n'est pas celui d'une révolution médicale. On a affaire à des institutions extrêmement réduites, aux ambitions thérapeutiques limitées. Les infirmeries sont des œuvres collectives dans lesquelles prédomine une conception caritative de l'assistance. C'est l'idée d'aide à son prochain dans le respect de l'ordre social qui est à la base de ces institutions.

De plus, bien que les contextes socio-économiques locaux ne sont pas les mêmes partout, on observe une certaine homogénéité de ces infirmeries. Malgré le développement démographique que connaît le canton de Vaud durant la période 1870-1900 – sa population passe de 229'588 à 281'379 habitants (+ 22.6%) – la tendance à l'urbanisation est encore limitée, à l'exception de la ville de Lausanne, qui absorbe à elle seule près de la moitié de

¹⁰⁵ La situation est identique à Genève où le Dr Jules-Auguste Barde (1841-1914), médecin-chef de l'Hôpital ophtalmique Rothschild ouvert en 1874, devient l'un des ophtalmologues de renom dans le canton. Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 106-107.

¹⁰⁶ Voir chapitre 1, pp. 57-61.

¹⁰⁷ Ibidem.

l'augmentation démographique – elle passe de 28'545 à 46'732 habitants – et l'ensemble Vevey-Montreux, qui s'affirme comme le second centre urbain du canton. En 1900, le canton comprend ainsi trois localités de plus de 10'000 habitants (Lausanne, Montreux, Vevey) regroupant 25.6% de la population cantonale¹⁰⁸. Mais la croissance vaudoise repose aussi sur l'émergence de petits pôles régionaux sur l'ensemble du territoire (Payerne, Orbe, Vallorbe, Leysin, Nyon et Yverdon) qui profitent d'un certain dépeuplement des campagnes environnantes¹⁰⁹. Jusqu'en 1900, le développement socio-économique du canton de Vaud ne remet ainsi pas fondamentalement en question les équilibres entre les diverses parties du territoire. Cette relative stabilité explique en grande partie le caractère homogène que présentent les infirmeries locales et leur présence sur l'ensemble du territoire cantonal. La présence dans les commissions administratives d'une élite financière et politique aux réseaux internationaux, comme c'est le cas à Montreux par exemple, n'influence d'ailleurs que fort peu la dimension et la forme des infirmeries. Les dépenses d'exploitation de ces établissements en 1900 montrent qu'ils n'y a pas de rupture entre centres urbains et bourgs ruraux : elles se montent par exemple à 18'882 francs à Yverdon, à 21'003 francs à Payerne¹¹⁰, à 21'336 francs à Morges, à 25'488 à Montreux, à 32'582 à Nyon¹¹¹ et à 34'746 à Vevey-Samaritain¹¹². Dans l'ensemble du canton, on a encore affaire à des infirmeries de petite dimension et de nature essentiellement caritative, qui ne sont matériellement pas prêtes au changement d'échelle qui se dessine avec l'arrivée des chirurgiens-modernisateurs, dont l'intervention fait éclater la structure financière philanthropique. Il faut alors réorganiser l'hôpital et se donner les moyens financiers d'une modernisation de l'infrastructure afin de pérenniser ces établissements.

¹⁰⁸ Chiffres tirés de l'*Annuaire statistique du canton de Vaud – 1985*, Lausanne, Service cantonal de recherche et d'information statistiques, 1985, 448 p.

¹⁰⁹ Voir Olivier Blanc, *Démographie et développement. Le canton de Vaud au XIX^{ème} siècle*, Lausanne, Office de statistique de l'Etat de Vaud, 1974, 289 p.

¹¹⁰ Dépenses pour l'année 1899.

¹¹¹ Dépenses pour l'année 1902.

¹¹² Dépenses pour l'année 1895.

2. Le développement de la chirurgie hospitalière dans les infirmeries locales : l'œuvre des chirurgiens-modernisateurs (1900-1960)

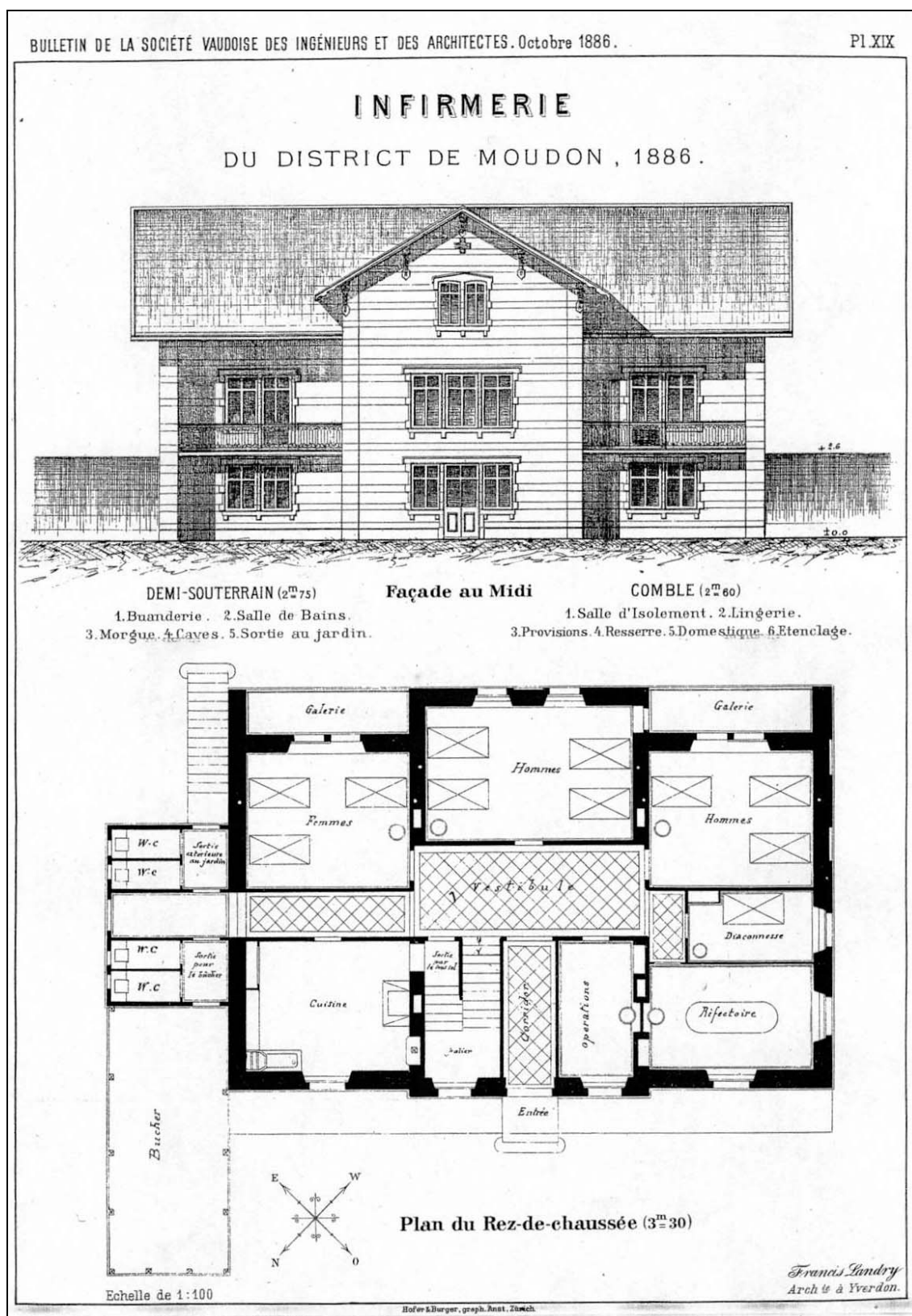
L'arrivée dans les infirmeries locales vaudoises d'une nouvelle génération de chirurgiens généralement formés à l'école allemande, souvent élèves de César Roux, a une très forte influence sur le développement de ces établissements. Désireux de mettre en pratique leurs nouveaux savoirs, ils demandent – et obtiennent – l'amélioration de l'infrastructure hospitalière (nouvelles salles d'opérations, nouveaux bâtiments, engagement de personnel supplémentaire, etc.), ce qui nécessite une profonde réforme gestionnaire et organisationnelle de ces établissements¹¹³. Certes, ils ne sont pas les seuls médecins à bénéficier de la transformation de l'infrastructure hospitalière durant la première partie du 20^e siècle, un phénomène qui touche l'ensemble de la corporation médicale. Mais les chirurgiens se distinguent de leurs confrères par leur intervention précoce dans les établissements hospitaliers. Ils sont en effet les premiers à en revendiquer la profonde modernisation et s'y imposent bien souvent comme les médecins-chefs. C'est dans leur sillage qu'interviennent ensuite d'autres types de médecins, comme les radiologues et les ORL, principalement au cours des années 1950.

La pratique chirurgicale dans les infirmeries locales avant l'arrivée des chirurgiens-modernisateurs

Avant l'arrivée de la nouvelle génération des chirurgiens-modernisateurs, la chirurgie n'occupe pas une place particulière dans les infirmeries locales. Certaines ne distinguent d'ailleurs pas la *chirurgie* de la *médecine* mais parlent dans leurs rapports annuels de *maladies externes* et de *maladies internes*. C'est par exemple le cas à Montreux avant l'arrivée du Dr Charles Perret (1909). Dans ce contexte, on comprend qu'il est dans la même logique de ne pas nommer de médecin déterminé à la tête de services médicaux séparés mais de fonctionner sur le mode du tournus entre divers praticiens.

¹¹³ Le rôle des chirurgiens dans la réorganisation des hôpitaux a été relativement peu étudié jusqu'ici. Relevons la contribution de Susan Reverby, « Stealing the golden eggs : Ernest Amory Codman and the science and management of medicine », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1981, pp. 156-171. Elle présente la destinée du Dr Amory Codman, chirurgien au Massachusetts General Hospital (1894-1911) puis en clinique privée. Il s'est fait le promoteur de la planification du travail hospitalier par des *efficiency committees* mais s'est heurté à l'opposition de ses confrères qui « ne voulaient pas accepter de se voir eux-mêmes comme de simples techniciens dans un hôpital industrialisé ou d'abandonner leur contrôle sur l'introduction d'innovations dans leurs institutions. » (p. 169).

Fig. 11 Plan de l'Infirmérie de Moudon, 1886¹¹⁴



¹¹⁴ Bulletin de la Société vaudoise des ingénieurs et des architectes, 1886, p. 53.

Les opérations pratiquées dans ces établissements sont essentiellement du ressort de la pathologie externe (fractures, blessures, plaies, contusions, phlegmons, abcès, etc.). Ainsi, à l'Infirmierie de Nyon, la catégorie « fractures, blessures, plaies et contusions » représente 59% des cas chirurgicaux en 1880, 67% en 1890 et 69% en 1900. Quant aux 21 opérations effectuées à l'Infirmierie d'Yverdon en 1890, elles sont surtout le fait d'amputations (48%)¹¹⁵. Enfin, à l'Hospice de l'Enfance, le Dr Victor Mercanton – ancien chirurgien de l'Hôpital cantonal avant l'arrivée de Roux – prend en charge en 1900 un total de 462 affections chirurgicales. Il s'agit essentiellement d'extractions dentaires (29%), d'hernies (15%), ainsi que des plaies, contusions et fractures (14%)¹¹⁶. La chirurgie invasive est quasiment inexistante avant l'arrivée des chirurgiens-modernisateurs. Les cas chirurgicaux sont essentiellement le fait de blessés et d'accidentés pris en charge par le médecin en poste à l'infirmierie. En cas d'intervention particulièrement délicate, celui-ci peut faire appel à un chirurgien spécialiste de Lausanne (César Roux, Henri Vulliet, Maurice Muret, etc.).

L'infrastructure chirurgicale est ainsi réduite à sa plus simple expression. Les infirmieries ne sont pas les temples de la médecine triomphante tels qu'on les rencontre dans les centres universitaires. A Morges, lorsqu'il s'agit d'équiper l'infirmierie en matériel chirurgical peu après son ouverture (1869), les administrateurs s'adressent aux autorités militaires pour obtenir de l'arsenal des « outils de chirurgie dépareillés qui ne sont plus à l'ordonnance. »¹¹⁷ Quant aux salles d'opérations, elles n'occupent qu'une place secondaire dans les bâtiments hospitaliers.

L'organisation de l'espace intérieur de la nouvelle infirmierie ouverte à Moudon en 1886 illustre parfaitement l'absence de considérations chirurgicales dans sa mise en œuvre. La salle d'opérations occupe une place quelconque, entre le corridor, le vestibule et le réfectoire, qui n'a pas été choisie pour des raisons de luminosité – bien qu'elle soit située au nord-ouest, elle est équipée d'une fenêtre ordinaire – ni pour une question d'isolement. La gestion des flux (malades, nourriture, matériel médical, etc.) à l'intérieur du bâtiment est inexistante. L'essentiel de l'intérêt – et de l'espace – est porté sur les chambres de malades. On a donc bien plus affaire à une maison d'accueil pour indigents malades qu'à une plate-forme médico-technique à disposition du corps médical.

¹¹⁵ Les autres interventions (abcès, hernies, phlegmons, etc.) représentent au maximum deux cas chacun. Hôpital d'Yverdon, rapport annuel, 1890.

¹¹⁶ Hôpital de l'Enfance, rapport annuel, 1900, p. 14.

L'arrivée des chirurgiens-modernisateurs formés à l'école allemande

Les jeunes chirurgiens vaudois formés majoritairement dans les universités de Lausanne (souvent chez César Roux, mais aussi chez Henri Vulliet puis chez Pierre Decker) et de Berne (Kocher, Niehans, de Quervain) ont acquis un savoir-faire technique et organisationnel qu'ils désirent mettre en œuvre dans les infirmeries qui leur ouvrent leurs portes. La modernisation de l'infrastructure médico-technique (salles d'opérations, radiologie, etc.) qu'ils revendiquent¹¹⁸ fait des infirmeries leur principal outil de travail. Les dirigeants de l'Infirmerie d'Orbe déclarent à ce propos en 1935 que « notre vaste maison n'accueille pas seulement des hospitalisés, mais elle rend toujours plus de services à la clientèle privée de nos médecins, en mettant à leur disposition les ressources de nos appareils (rayons X, lampe de quartz, appareil de diathermie¹¹⁹, pantostat¹²⁰, etc.) et par-dessus tout les compétences de nos dévouées diaconesses. »¹²¹ L'hôpital devient donc le lieu de traitement de la clientèle privée des médecins, qui opèrent un nombre toujours plus important de malades. Ils s'imposent comme les véritables chefs des établissements, avec de jeunes internes – nouvelle fonction créée dans les hôpitaux régionaux au cours de l'entre-deux-guerres – sous leurs ordres, au détriment des sœurs diaconesses qui avaient jusqu'alors la haute main sur ces infirmeries.

La venue de ces chirurgiens-modernisateurs a une incidence directe sur l'organisation du service médical des infirmeries locales. Le tournus entre les divers praticiens de la localité est rapidement abandonné et on aboutit à une séparation entre les services de médecine et de chirurgie. Il y a donc une autonomisation de la chirurgie dans ces établissements, dépendant désormais de "spécialistes" – souvent porteurs du titre de *chirurgien FMH* dès les années 1930. A Château-d'Oex par exemple, le Dr Jean-Philibert Exchaquet, médecin généraliste nommé responsable du Service de chirurgie en 1940, quitte son service hospitalier en 1947-1948 pour suivre des cours en vue de l'obtention du titre de spécialiste FMH en chirurgie. Cette formation postgrade lui permet autant d'acquérir de nouvelles connaissances que de verrouiller son poste de chirurgien-chef contre la venue d'un éventuel confrère concurrent. Dès son retour en 1948, il réorganise le Service de chirurgie et achète des appareils neufs.

¹¹⁷ Hôpital Morges, copie de minute du protocole du Conseil d'Etat, 28 novembre 1869.

¹¹⁸ Lors de son arrivée à Nyon (1927), le Dr Piotet fait inscrire dans son contrat qu'on lui donne « les moyens de remplir ma tâche. » Gustave Piotet, op. cit., p. 97.

¹¹⁹ La diathermie est l'échauffement du corps engendré par le passage de courants électriques alternatifs.

¹²⁰ Le pantostat est un appareil électrique qui permet notamment de paralyser certains muscles et de tester l'état des nerfs.

¹²¹ Hôpital d'Orbe, rapport annuel, 1935, p. 3.

Symbole de cette entrée dans l'ère chirurgicale, la table de Quervain produite en série par la maison Schaerer fait son apparition en salle d'opérations (1948)¹²².

Tab. 33 *Les chirurgiens-modernisateurs des hôpitaux régionaux vaudois*

Hôpital	Chirurgien	Période de fonction	Lieu de formation
Aigle	William Soutter	1925-env. 1970	Lausanne (Roux)
Aubonne	Gustave Piotet	1927-1955	Lausanne (Roux)
Bex	Henri Vuilleumier	1916- ?	Lausanne (Roux)
Château-d'Oex	Jean-Philibert Exchaquet	1940-env. 1980	Lausanne (Decker)
Lausanne, Hospice orthopédique	Placide Nicod	1905-1948	Lausanne (Roux)
Lausanne, Hospice de l'Enfance	Henri Vulliet	1910-1925	Lausanne (Roux)
	Léon Picot	1926-1957	Lausanne (Roux)
Lavaux (Cully)	Charles Rochat	1950-1976	Lausanne (Vulliet) et Genève (Jentzer)
Montreux	Charles Perret	1909-1949	Berne (Niehans)
	Georges Chessex	1912-1949	Allemagne, Edimbourg
Morges	Raoul Masson	1923-1938	Genève (Girard)
Moudon	Alfred Goin	1931-env. 1970	Lausanne (Vulliet)
Nyon	Gustave Piotet	1927-1963	Lausanne (Roux)
Orbe	Walter Moehrlen	1905-1945	Lausanne (Roux)
Payerne	Armand Givel	1883-1918	Berne (Kocher)
	Charles Yersin	1895-1951 ¹²³	Genève (Julliard)
Rolle	Gustave Piotet	1927-1952	Lausanne (Roux)
Saint-Loup	Henri Curchod	1907-1931	Lausanne (Roux)
Ste-Croix	Armand Sandoz	1926-1942	Berne (de Quervain)
Le Sentier	Jâmes Rochat	1934-1963	Lausanne (Vulliet)
Vevey-Samaritain	Charles Perret	1918-1946	Berne (Niehans)
	Paul Niehans jr	1918-1946	Berne (Niehans)
Yverdon	Georges Pérusset	1891-1937	Lausanne (Roux)
	Samuel Cuendet	1923-1949	Lausanne (Roux)

Les infirmeries entrent dans une ère de croissance qui ne résulte pas uniquement de la croissance de sa population. Durant l'entre-deux-guerres, le canton de Vaud connaît en effet une certaine stagnation démographique. Entre 1910 et 1941, la population vaudoise est certes en croissance – elle passe de 317'457 habitants à 343'398, soit une hausse de 8.3% – mais cette augmentation porte pour l'essentiel sur la ville de Lausanne, dont le nombre d'habitants passe de 64'446 à 92'541, et, dans une moindre mesure, sur les villes d'Yverdon (de 8'634 habitants à 10'865) et de Morges (de 4'564 habitants à 5'689). Mis à part ces quelques cas, le

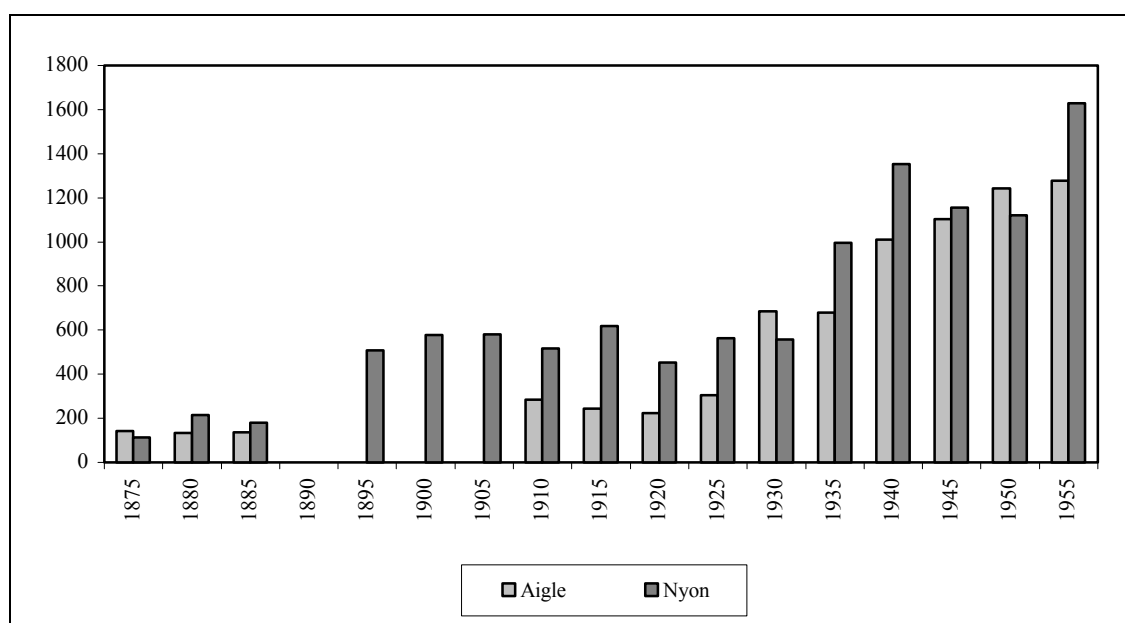
¹²² Hôpital de Château-d'Oex, rapports annuels, 1940-1950.

¹²³ Yersin est absent de l'Hôpital de Payerne entre 1913 et 1935.

territoire vaudois présente une croissance extrêmement faible (moins de 1% dans les districts d'Aigle, de Nyon et de Rolle), voire négative¹²⁴. Bien plus que la pression démographique, c'est le changement de la nature des infirmeries et des attitudes de la population en matière de consommation de soins hospitaliers qui expliquent le redéploiement hospitalier de l'entre-deux-guerres.

Avant l'arrivée des chirurgiens-modernisateurs, le nombre de cas chirurgicaux est très réduit : à Rolle par exemple, on en dénombre 49 en 1870, 44 en 1880 et 27 en 1890, tandis qu'à Nyon ils ne sont que 29 en 1880 et 60 en 1890. On n'y pratique donc rarement plus d'une intervention chirurgicale par semaine, ce qui explique très largement que l'accès à l'infrastructure médico-technique des infirmeries ne soit pas un enjeu pour le corps médical.

Graph. 18 Malades hospitalisés dans les hôpitaux d'Aigle et de Nyon (Service de chirurgie + Service de médecine), 1875-1960¹²⁵



La nouvelle chirurgie correspond à un saut quantitatif très important, comme on l'observe par exemple à Aigle et à Nyon, deux districts en situation de stagnation dans les années 1910-1941. Une première rupture dans la hausse des hospitalisations se remarque dans les années 1890-1900 et correspond à l'augmentation de la capacité d'accueil suite à l'ouverture de nouveaux bâtiments hospitaliers. Cette tendance est particulièrement visible à Nyon, où les

¹²⁴ *Annuaire statistique du canton de Vaud – 1985*, Lausanne, Service cantonal de recherche et d'information statistiques, 1985, 448 p.

transformations architecturales des années 1890 permettent de passer de 179 malades en 1885 à 577 en 1900. Une seconde rupture s'opère dans l'entre-deux-guerres avec le redéploiement de l'infrastructure hospitalière consécutive à l'arrivée des chirurgiens-modernisateurs. En 1950, les hôpitaux régionaux sont devenus des établissements qui hospitalisent une masse considérable de malades (médecine et chirurgie). Entre 1920 et 1950, le nombre de malades pris en charge est multiplié par trois, tandis que la durée moyenne de séjour chute d'au moins dix jours. La très forte hausse du nombre d'hospitalisations se double donc d'une chute de la durée de séjour, qui s'explique autant par l'évolution de l'environnement hospitalier que de nouvelles manières de "pratiquer l'hôpital". Les malades se rendent de plus en plus nombreux dans les hôpitaux, pour y rester de moins en moins longtemps, donc pour y guérir rapidement et laisser la place à la prise en charge de nouveaux malades.

Tab. 34 *Malades hospitalisés, durée de séjour moyen et nombre de lits dans les hôpitaux régionaux vaudois, 1920-1960*¹²⁶

	Malades 1920	Malades 1960	Séjour 1920	Séjour 1960	Lits 1960
Aigle	243	1'278	27.5	13.7	65
Aubonne ¹²⁷	260	560	30.4	23.1	50
Bex ¹²⁸	166	158	?	26.0	20
Château-d'Oex	?	560	?	21.7	55
Cully	-	633	-	19.5	42
Montreux	419	1'090	29.1	24.9	100
Morges	328	1'424	30.8	17.7	90
Moudon	?	838	?	15.9	52
Nyon	617	1'078	27.9	21.9	100
Orbe ¹²⁹	584	1'668	31.5	11.6	82
Payerne	575	1'601	28.8	12.7	90
Rolle	?	1'009	?	17.0	65
Saint-Loup ¹³⁰	727	2'010	41.7	32.5	235
Sainte-Croix ¹³¹	155	963	22.1	14.4	65
Vallée de Joux	-	814	-	27.3	77
Vevey-Providencia	?	1'654	?	12.0	60
Vevey-Samaritain	846	2'542	26.3	13.0	129
Yverdon	460	2'428	34.4	17.3	150

¹²⁵ Rapports annuels des établissements.

¹²⁶ Rapports annuels des divers établissements, 1920. Pour Bex, ACV, PP 324/6. Pour 1960, les chiffres sont tirés d'un tableau statistique conservé dans les archives de l'Hôpital d'Yverdon.

¹²⁷ Chiffres pour 1915 à la place de 1920.

¹²⁸ Chiffres pour 1921 à la place de 1920.

¹²⁹ Chiffres pour 1930 à la place de 1920.

¹³⁰ Chiffres pour 1923.

¹³¹ Chiffres pour 1915 à la place de 1920.

Mesurée en terme de capacité d'accueil et de durée de séjour moyen, la modernisation hospitalière ne touche pas l'ensemble du canton de la même manière. La dynamique socio-économique d'après 1945 représente une véritable rupture avec les années de stagnation de l'entre-deux-guerres. Les Trente Glorieuses se caractérisent par une très forte croissance démographique – la population cantonale passe de 343'398 habitants en 1941 à 511'851 en 1970 (+ 49.1%) – qui profite essentiellement aux zones urbanisées et industrialisées du canton, généralement situées sur l'arc lémanique¹³², tandis que les régions rurales ou périphériques restent en marge de cette croissance. Le territoire vaudois subit un rééquilibrage en direction des zones urbanisées de la région lémanique qui n'est pas sans effets sur l'évolution des établissements hospitaliers du canton.

Les régions urbanisées (Montreux, Morges, Nyon, Vevey, Yverdon), dans lesquelles le marché médical est plus vaste et la présence de médecins plus marquée, sont les principales bénéficiaires de cette transformation. Vevey-Samaritain et Yverdon sont notamment devenus en 1960 d'importants centres hospitaliers régionaux, avec environ 2'500 hospitalisations par année. La transformation de la médecine hospitalière touche aussi certains bourgs ruraux éloignés des grandes villes, comme Aigle, Orbe et Payerne, qui drainent un bassin de population moins dense mais relativement large (le Chablais et la Broye). Enfin, certains établissements de petite dimension, situés dans des régions périphériques et rurales ou à proximité de centres urbains, ne connaissent qu'une croissance limitée, à l'image des hôpitaux d'Aubonne, de Bex et de Château-d'Oex. La comparaison des dépenses d'exploitation de ces divers établissements, qui étaient relativement homogènes jusque dans les années 1920¹³³, confirme ce caractère hétérogène grandissant après 1945¹³⁴. Trois catégories principales d'hôpitaux régionaux semblent émerger de ce mouvement de modernisation. Il y a tout d'abord une série de petits établissements au budget limité (moins de 300'000 francs en 1960), avec Aubonne, Bex, Château-d'Oex, Cully, Moudon, Rolle et Sainte-Croix, qui sont généralement les hôpitaux les plus petits. Deuxièmement, on trouve des centres hospitaliers plus grands et aux moyens financiers plus étendus, mais qui restent limités (300'000-650'000 francs). Il s'agit des hôpitaux d'Aigle, de Montreux, de Morges, de Nyon, d'Orbe, de Payerne et de Vevey-Providence. Enfin, trois hôpitaux ressortent du lot (Saint-Loup, Vevey-

¹³² Les districts d'Aigle, de Lausanne, de Lavaux, de Morges, de Nyon, de Vevey et de la Vallée de Joux présentent tous une croissance de plus de 20%. *Annuaire statistique du canton de Vaud – 1985*, Lausanne, Service cantonal de recherche et d'information statistiques, 1985, 448 p.

¹³³ Voir p. 236.

¹³⁴ Hôpital d'Yverdon, tableau statistique, 1960. Voir ci-dessous tab. 36, p. 269.

Samaritain et Yverdon). Ce sont ceux qui hospitalisent plus de 2'000 malades en 1960. Ils disposent d'environ un million de francs pour leur fonctionnement¹³⁵.

La modernisation de l'infrastructure hospitalière ne prend donc pas la même ampleur dans l'ensemble des infirmeries locales. Elle se réalise au détriment de l'homogénéité qui prévalait jusque-là dans les infirmeries philanthropiques.

Un exemple de modernisation : l'Hôpital d'Aigle¹³⁶

L'exemple de l'Hôpital d'Aigle illustre parfaitement l'influence du chirurgien-modernisateur dans le passage de l'infirmerie philanthropique à l'hôpital industrialisé. Cet établissement, ouvert en 1867 par des philanthropes locaux, est un exemple classique de l'infirmerie vaudoise de la fin du 19^e siècle : petite taille (25 lits en 1871), tournus médical entre les médecins d'Aigle, diaconesses de Saint-Loup (dès 1896). Les cas chirurgicaux sont très peu nombreux : entre 1875 et 1890, on en dénombre en moyenne 62.3 par année, soit à peine plus d'un par semaine. Il s'agit essentiellement d'hommes (80.6%), hospitalisés pour cause de blessure et plaies diverses (49.4%). La majorité des malades sont des agriculteurs (39.5% en 1875 et 42.5% en 1880), des domestiques et employés (25.5% en 1875 et 15.6% en 1880) et des artisans (22.5% en 1875 et 14.9% en 1880). Les "cas chirurgicaux" sont donc plutôt des hommes des classes populaires hospitalisés suite à un accident¹³⁷.

L'Hôpital d'Aigle connaît un tournant important avec l'installation dans la localité d'un jeune diplômé de la Faculté de Lausanne, le Dr William Soutter¹³⁸, qui est intégré en 1925 à l'équipe médicale de l'établissement. Des opérations dites "spéciales" ou "importantes" dans les rapports annuels, c'est à dire très vraisemblablement de type invasif, ont déjà lieu avant l'arrivée de Soutter, grâce à la collaboration de chirurgiens consultants externes (probablement Charles Perret, de Montreux, ou Henri Vuilleumier, de Bex), mais en nombre très réduit. Soutter a les connaissances pour développer la nouvelle chirurgie à large échelle et offrir ainsi une certaine renommée à l'infirmerie locale. Les administrateurs saisissent cet enjeu et déclarent en 1927 : « Grâce à la présence d'un chirurgien dans la localité, le nombre des opérations pratiquées dans notre maison augmente sans cesse et nous pouvons nous passer de faire appel pour les cas spéciaux à des chirurgiens du dehors. Nous désirons vivement pouvoir arriver sans trop tarder à prouver notre reconnaissance à nos docteurs en leur

¹³⁵ Vevey-Samaritain compte 0.9 million de dépenses d'exploitation, Yverdon 1.0 million et Saint-Loup 1.3 million.

¹³⁶ Hôpital d'Aigle, rapports annuels.

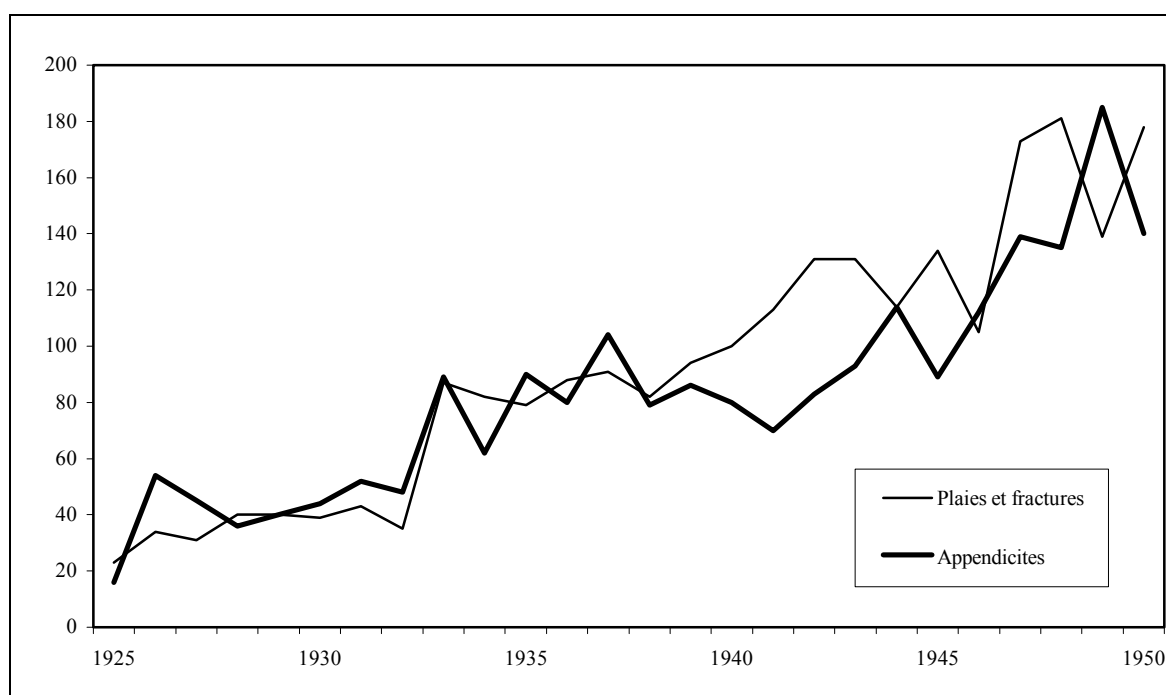
¹³⁷ Les rapports annuels ne donnent malheureusement pas ces données socio-économiques au 20^e siècle.

¹³⁸ William Soutter (1895- ?) : chirurgien établi à Aigle. Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

procurant un bâtiment muni de services médicaux répondant aux exigences modernes. »¹³⁹ Un nouvel hôpital, équipé d'une installation de radiologie et conçu selon le modèle standardisé en T¹⁴⁰, est inauguré en 1931.

L'appendicectomie, exceptionnelle avant l'arrivée de Soutter – 11 cas en 1923 et 19 en 1924 – devient symbolique de cette nouvelle chirurgie. Les opérations d'appendicites connaissent entre 1925 et 1945 un taux de croissance annuel très fort, qui se monte à 8.5%, et qui reste encore très élevé dans les années 1945-1950 (7.8%). Cependant, les nouvelles prises en charge telles que les opérations d'appendicites ne remplacent pas les affections plus classiques soignées dans les services de chirurgie, qui gardent toute leur importance, à l'image des hospitalisations pour cause de « plaies et blessures », dont l'évolution est similaire à celle des opérations d'appendicites. Les prises en charge de la nouvelle chirurgie ne viennent donc pas remplacer les plus anciennes mais s'ajoutent à ces dernières, qui bénéficient elles aussi de la modernisation de l'infrastructure médico-technique (installations radiologiques, stérilisateurs, tables d'opérations, etc.).

Graph. 19 Hospitalisations au sein du Service de chirurgie de l'Hôpital d'Aigle pour cause de plaies/fractures et d'appendicites, 1925-1950¹⁴¹



¹³⁹ Hôpital d'Aigle, rapport annuel, 1927, p. 4.

¹⁴⁰ Sur le modèle architectural en T, voir ci-dessous, pp. 264ss.

La nouvelle chirurgie est une innovation hautement rentable pour l'établissement. Ainsi, les taxes encaissées auprès des malades pour l'utilisation de la salle d'opérations et de l'installation radiologique se montent à 10'445 francs en 1933 et à 39'315 francs en 1950, soit une croissance beaucoup plus forte que la seule inflation¹⁴². De plus, cette manne prend une place grandissante dans les ressources d'exploitation de l'hôpital (11.4% en 1933 et 17.1% en 1950)¹⁴³.

L'hôpital change donc peu à peu de statut. Il perd son caractère de lieu de soins pour hommes des classes populaires blessés ou accidentés et tend à s'ouvrir à une plus large partie de la population, notamment aux classes moyennes et aisées. Cette transformation a des effets financiers bienvenus. Les pensions de malades sont en très forte augmentation entre 1920 (16'867 francs) et 1950 (214'027 francs). Elles deviennent pratiquement l'unique source de revenus dans les années 1950 : leur part dans les recettes d'exploitation passe en effet de 47.1% en 1920 à 94.3% en 1950.

Afin de répondre à cette dynamique de la croissance, les administrateurs de l'hôpital étendent leur offre. L'équipe médicale s'étoffe : un second chirurgien est nommé en 1946 et le Service de radiologie, jusque-là dirigé par une diaconesse, est remis entre les mains d'un médecin, le Dr Paul Anex, en 1951. Le comité d'administration déclare en 1967 que l'installation de rayons X, payée par emprunt bancaire, « fut très rapidement amortie par la très forte augmentation continue du rendement net de ce service. »¹⁴⁴ C'est effectivement le cas : les rapports annuels laissent apparaître un bénéfice brut du Service de radiologie en constante augmentation au cours des années 1950, passant de 40'245 francs en 1952 à plus de 95'000 francs en 1960. L'augmentation du nombre d'hospitalisations reflète parfaitement cette évolution : on passe d'un total de 243 malades en 1920 à 1'102 en 1950 et 1'278 en 1960.

La réorganisation interne des hôpitaux

Lorsque les chirurgiens-modernisateurs s'installent dans les hôpitaux régionaux, ce n'est pas pour des raisons caritatives mais bien professionnelles. La mise en œuvre de la chirurgie hospitalière acquise à l'Université nécessite une nouvelle organisation du travail dans les infirmeries locales. Elle se caractérise par la séparation nette entre Service de médecine

¹⁴¹ Hôpital d'Aigle, rapports annuels, 1925-1950.

¹⁴² La hausse de ces taxes hospitalières entre 1933 et 1950 est de 276%, tandis que l'inflation n'est que de 66%. Source : *Annuaire statistique de la Suisse*, 1933-1950.

¹⁴³ Les chiffres ne sont pas connus avant 1933.

¹⁴⁴ 1867-1967, *Hôpital d'Aigle. Cent années hospitalières*, Aigle, Hôpital, 1967, n.p.

interne et Service de chirurgie, ainsi que par une recomposition de la hiérarchie du personnel soignant.

Autonomisation des services médicaux

L'une des premières mesures prises par les chirurgiens-modernisateurs est la séparation entre Service de médecine interne et Service de chirurgie. Elle ne pose généralement pas de problèmes relationnels avec les autres médecins non spécialisés pour qui l'accès à l'infrastructure hospitalière n'est pas une nécessité professionnelle. Les chirurgiens sont donc souvent seuls à travailler en permanence dans les hôpitaux régionaux, où ils hospitalisent aussi leur clientèle privée – au contraire des autres médecins qui soignent à domicile. Ils en deviennent ainsi dans la pratique les chefs, même s'ils n'en portent généralement pas le titre. Les chirurgiens sont en effet investis d'un savoir-faire reconnu et de la renommée de leurs maîtres. C'est donc "naturellement" qu'ils se voient confier les services chirurgicaux.

Quant aux services de médecine interne, ils restent souvent organisés selon le système du tournus entre plusieurs médecins (Bex, Montreux, Nyon, Payerne, Rolle, etc.), ce qui aboutit parfois à des demandes de réorganisation, comme à Montreux en 1923 : « Le service de médecine est assuré par trois médecins qui se relaient de trois mois en trois mois. A notre avis, ce stage est trop court, car il ne permet pas aux médecins, pris individuellement, de soigner les malades avec assez d'unité de traitement. Nous ne voyons pas de possibilité de changement avec l'organisation actuelle. Tant que les médecins auront la consultation médicale gratuite, où beaucoup de gens aisés envoient leurs employés, la polyclinique chirurgicale et le traitement clinique des hospitalisés, l'assistance aux chirurgiens et la paperasserie administrative fastidieuse mais nécessaire, ils devront donner beaucoup de leur temps à l'infirmerie. A côté des occupations professionnelles privées, c'est une grosse tâche. Ce n'est que lorsqu'on pourra avoir un interne qui assurera une partie de la besogne qu'il sera possible de modifier ce système. »¹⁴⁵

Cette intervention des médecins de l'Hôpital de Montreux met en évidence le caractère secondaire du service hospitalier des praticiens non chirurgiens. Comme au 19^e siècle, ils continuent de vivre essentiellement de leur pratique privée. Cependant, à l'image de ce qui se produit à l'Hôpital cantonal un siècle auparavant, la croissance de l'établissement hospitalier nécessiterait un plus fort engagement, une présence accrue, des médecins généralistes, que ces derniers ne peuvent concéder sans risque de perdre une clientèle privée et solvable dont ils

¹⁴⁵ Hôpital de Montreux, rapport annuel, 1923, p. 9. C'est moi qui souligne.

tirent leurs revenus. L'une de leurs principales doléances est donc l'engagement d'un médecin interne pour effectuer des tâches subalternes (administration, assistance au chirurgien, policlinique, etc.).

Mais il arrive aussi que les commissions administratives reçoivent de la part des médecins non chirurgiens – généralistes ou autres spécialistes – un autre type de revendications relatives à l'accès à l'infrastructure hospitalière (salles d'opérations aseptisées, installations radiologiques, etc.) pour leur pratique privée. Il s'agit alors d'ouvrir les hôpitaux régionaux au corps médical¹⁴⁶. L'Hôpital de Morges met par exemple en 1924 son installation radiologique à disposition de l'ensemble du corps médical de la ville. A Yverdon, dans le cadre du nouvel hôpital ouvert en 1939, le corps médical demande au comité d'instaurer « un service médical permanent, c'est-à-dire assuré constamment par les mêmes médecins. »¹⁴⁷ Il propose la mise sur pied de quatre services (chirurgie, chirurgie-médecine, médecine, ORL) avec chaque fois un médecin à leur tête. Le comité accepte cette réorganisation, non sans avoir fait remarquer préalablement que « le comité directeur reste seul maître de la réglementation intérieure de l'Hôpital, y compris la répartition des services médicaux. »¹⁴⁸ Quant à la question de l'ouverture de l'établissement à des médecins externes¹⁴⁹, elle reste délicate : le Dr Pache¹⁵⁰, pressenti pour diriger le Service de médecine, déclare que « la porte doit être entrouverte aux nouveaux venus sans que rien d'automatique n'intervienne en leur faveur. »¹⁵¹ Au nom des médecins de la ville, le Dr Vodoz¹⁵², spécialisé en pneumologie, s'inquiète de la possibilité d'utiliser l'installation radiologique et la salle d'opérations pour les interventions policliniques, ce qui lui est concédé. Quant au Dr Bidlingmeyer¹⁵³, il obtient la garantie que les praticiens des cercles de Grandson et de Concise soient mis sur pied d'égalité avec leurs confrères yverdonnois¹⁵⁴. Une organisation similaire est adoptée à Sainte-Croix¹⁵⁵ (1940),

¹⁴⁶ La situation est identique dans les autres cantons de Suisse romande. Les tentatives de fermeture de l'accès à l'infrastructure hospitalière à Martigny et à Moutier dans les années 1960 déclenche de vives oppositions de la part du corps médical. Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 255-257.

¹⁴⁷ Hôpital d'Yverdon, lettre du corps médical au comité directeur, 10 mars 1939.

¹⁴⁸ Hôpital d'Yverdon, procès-verbaux du comité directeur, 20 mars 1939.

¹⁴⁹ Demandée par lettre par au moins deux médecins des districts d'Yverdon et de Grandson (les Drs Bidlingmeyer et Vodoz).

¹⁵⁰ Henri-Louis Pache (1897-1974) : médecin à Yverdon, chef du Service de médecine interne de l'Hôpital d'Yverdon (1939-1954). *Belles-Lettres...*, op. cit., p. 293.

¹⁵¹ Hôpital d'Yverdon, procès-verbaux du comité directeur, 22 mars 1939.

¹⁵² Paul-Léon Vodoz (1888-1953) : spécialiste en pneumologie, médecin du sanatorium de Chamblon, conseiller communal à Yverdon. Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

¹⁵³ Jules Bidlingmeyer (1891-1967) : médecin généraliste établi à Grandson. Jean-Pierre Chuard, *Helvétia...*, op. cit., p. 389.

¹⁵⁴ En vertu d'une convention selon laquelle les cercles de Concise et de Grandson remettent en 1938 une somme de 100'000 francs, initialement prévue pour la construction d'un hôpital à Grandson, en faveur de l'Hôpital d'Yverdon.

Aigle (1943) et Payerne (1947)¹⁵⁶. L'Hôpital de Lavaux, ouvert en 1940, est celui qui pousse la logique d'outil de travail du corps médical le plus loin. En 1943, cet établissement refuse l'hospitalisation de malades indigents, arguant qu'aucun médecin n'est nommé à la tête de l'établissement et donc que personne ne peut prendre en charge les malades non solvables¹⁵⁷. Cet établissement déclare d'ailleurs en 1945 qu'il « travaille comme une clinique privée »¹⁵⁸. Les hôpitaux régionaux ne sont donc pas des établissements destinés aux seuls chirurgiens-modernisateurs. Leur infrastructure médico-technique est accessible à des médecins externes (chirurgiens privés, généralistes, etc.), même si elle n'est pas toujours au cœur de leur pratique professionnelle.

Aux côtés des médecins, les diaconesses (1880-1930)

Avec l'arrivée du pasteur Rau-Vaucher¹⁵⁹ à la tête de l'Institution de diaconesses de Saint-Loup en 1881, cette dernière entre dans une nouvelle phase que l'on peut qualifier d'*hospitalière*. Jusqu'alors actives dans l'ensemble du secteur de l'assistance privée (vieillards, orphelins, malades, écoles, etc.), les diaconesses se recentrent sur le secteur hospitalier dont elles font leur chasse gardée. Les relations qu'entretient Saint-Loup dans les milieux libéraux lausannois permettent, par l'intermédiaire du Dr Frédéric Recordon, de se voir confier le service hospitalier du nouvel Hôpital cantonal de Lausanne (1883). Recordon joue en effet un rôle d'intermédiaire entre les milieux philanthropiques privés et l'Etat radical. Lui-même fondateur et premier médecin de l'Asile des aveugles de Lausanne (1843-1880), il est nommé en 1857 chef du Service sanitaire (Département de l'Intérieur), poste qu'il occupe jusqu'en 1885. A ce titre, il supervise la construction et l'organisation du nouvel Hôpital de Lausanne. C'est à cette occasion qu'il fait appel aux diaconesses de Saint-Loup¹⁶⁰. Douze diaconesses, sur un total d'une quarantaine en service, entrent dans cet établissement en 1883. L'accès à l'Hôpital cantonal, qui devient universitaire en 1890, permet à Saint-Loup d'y former ses élèves et de les envoyer par la suite s'occuper d'autres établissements hospitaliers. Entre 1891 et 1930, ce ne sont pas moins de 194 diaconesses qui entrent en fonction à

¹⁵⁵ Dans ce cas, la tentative de fermeture de l'établissement en 1940 entraîne un procès intenté par un médecin évincé, ce qui mène la direction de l'Infirmierie à adopter une politique plus souple. *A votre santé...*, op. cit., p. 30.

¹⁵⁶ A Payerne, c'est le Dr André Keller qui est le premier chirurgien privé à se voir autorisé en 1947 l'accès à l'infrastructure hospitalière. Hôpital de Payerne, Rapport annuel, 1947.

¹⁵⁷ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 1943.

¹⁵⁸ ACV, K VIII D 58, lettre de l'Infirmierie de Lavaux au Département de l'Intérieur, 20 décembre 1945.

¹⁵⁹ Oscar Rau-Vaucher (1835-1927) : pasteur, missionnaire en Chine, directeur de l'Institution de diaconesses de Saint-Loup (1881-1919). ACV, Dossiers ATS.

¹⁶⁰ Institution de diaconesses de Saint-Loup, rapport annuel, 1896-1897, pp. 34-35.

l'Hôpital cantonal¹⁶¹. La plupart d'entre elles sont alors au début de leur carrière : 71 sont âgées de 20 à 25 ans (36.6%) et 50 de 26 à 30 ans (25.8%). Leur durée de service est relativement basse¹⁶². 61 diaconesses restent deux ans au maximum (34.7%) et 58 entre deux et cinq ans (33.0%). Seules 33 diaconesses (18.8%) restent en poste à l'Hôpital cantonal dix ans ou plus. La plupart d'entre elles ne font donc que passer à l'Hôpital cantonal, ce qui confirme le rôle formateur de cet établissement.

L'accès à l'Hôpital cantonal en 1883 représente ainsi une reconnaissance officielle, de la part de l'Etat – radical – pour Saint-Loup. Or, ainsi que l'illustre l'exemple genevois, la reconnaissance par l'Etat radical d'une maison de diaconesses ne va pas de soi. En effet, l'introduction de diaconesses de Berne à l'Hôpital cantonal de Genève en 1891 est l'objet de vives luttes politiques dans les années 1890 entre radicaux et conservateurs¹⁶³. Le soutien étatique vaudois est très bien accueilli à Saint-Loup car il laisse augurer de nouvelles perspectives de développement pour l'institution. Ses administrateurs déclarent en 1884 que « l'agrandissement de notre champ de travail nous a procuré des relations amicales dans cette partie du public qui, auparavant, nous connaissait peu. »¹⁶⁴ Durant la période 1883-1914, les diaconesses entrent en fonction dans 64 institutions, dont 27 établissements de soins. Les autres postes relèvent de la tradition d'engagement social tous azimuts des années précédentes mais ils ne sont pas pérennisés : les diaconesses prennent en charge 7 crèches (dont 6 sont abandonnées avant 1920), 14 postes de sœurs visitantes (7) et 16 hospices divers (3)¹⁶⁵. La priorité donnée au secteur hospitalier en pleine croissance permet l'augmentation du nombre de diaconesses en charge. De 41 en 1880, elles passent à 68 en 1892, 178 en 1906 et 251 en 1920. L'Hôpital de Saint-Loup est le second centre de formation des diaconesses. Agrandi, transformé et modernisé en 1897, il devient un établissement de référence dans le monde hospitalier romand.

Déjà présentes dans la moitié des infirmeries locales vaudoises avant 1890, les diaconesses se voient confier la direction intérieure des autres établissements agrandis et modernisés dans les années 1895-1911 (Nyon 1895 ; Asile des aveugles 1892¹⁶⁶ ; Hospice orthopédique 1892 ; Aigle 1896 ; Aubonne 1897 ; Orbe 1901 ; Château-d'Oex 1904 ; Bex 1911). A la veille de la

¹⁶¹ ACV, KVIII E 91-92.

¹⁶² Mis à part quelques cas exceptionnels, les registres du personnel ne contiennent pas d'informations sur le devenir des diaconesses à leur départ. La durée de service est connue pour 176 diaconesses.

¹⁶³ Voir Joëlle Droux, *L'attraction céleste...*, op. cit., pp. 192-239.

¹⁶⁴ Institution de diaconesses de Saint-Loup, rapport annuel, 1883-1884, p. 8.

¹⁶⁵ J. Vincent, op. cit., pp. 297-299.

¹⁶⁶ Il s'agit dans ce cas des diaconesses de Berne.

Première Guerre mondiale, les diaconesses sont présentes dans toutes les infirmeries locales vaudoises. L'importance qu'elles prennent dans ces établissements entraîne une redéfinition des positions qui ne se fait pas toujours sans heurts avec le personnel laïc jusque-là fortement autonome, qui se voit déclassé. Ainsi, à Montreux en 1887, les administrateurs de l'établissement se voient obligés de renouveler complètement le personnel de la maison suite aux conflits qui opposent diaconesses et employés laïcs¹⁶⁷.

Les diaconesses accompagnent les médecins dans la mise en œuvre de la nouvelle chirurgie hospitalière, grâce à des qualités professionnelles certaines et des valeurs de sacrifice, d'obéissance et d'abnégation qui correspondent aux attentes des administrateurs et des médecins¹⁶⁸. Les relations entre diaconesses et médecins sont toutefois ambiguës. Ainsi, à Yverdon en 1905, il y a de grands problèmes entre un ancien interne de César Roux, le Dr Ernest Demiéville¹⁶⁹, et les diaconesses qui ne suivent pas ses prescriptions. La commission administrative doit intervenir pour « recommander aux sœurs et au personnel la stricte observation du règlement. »¹⁷⁰ Le jeune médecin désire être obéi dans l'infirmerie et exige « que ses ordres ne doivent pas être discutés en présence des malades. »¹⁷¹ La situation est similaire à Morges, où les médecins dénoncent en 1913 le trop grand autoritarisme de la diaconesse supérieure. Ils lui reprochent d'être la cause de plusieurs départs précoces d'infirmiers laïcs et donc de ne pas avoir « les collaborateurs dont ils ont besoin pour les opérations chirurgicales. »¹⁷² La commission administrative renvoie les diaconesses en poste et en obtient – non sans peine – de nouvelles.

Cette phase de relative bonne entente avec le corps médical dure jusqu'à la réorganisation des hôpitaux qui se passe dans les années 1930 et qui voit l'arrivée de médecins internes et d'économistes laïcs. Il faut toutefois se garder d'une vision simplificatrice. L'omniprésence des diaconesses dans les infirmeries vaudoises n'a pas que des effets bénéfiques pour celles-ci. En effet, la maison-mère de Saint-Loup ne possède pas vraiment d'école infirmière¹⁷³ et les diaconesses novices se forment essentiellement dans les infirmeries romandes, puis sont

¹⁶⁷ Hôpital de Montreux, procès-verbaux de la commission administrative, 1887.

¹⁶⁸ Voir chapitre 1. Joëlle Droux a montré que l'arrivée des diaconesses à l'Hôpital cantonal de Genève en 1892 est une étape importante dans la réorganisation de l'établissement et dans l'arrivée de la nouvelle chirurgie. Joëlle Droux, *L'attraction...*, op. cit., pp. 134-143.

¹⁶⁹ Ernest Demiéville (1875-1962) : médecin établi à Yverdon en 1904. Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

¹⁷⁰ Hôpital d'Yverdon, procès-verbaux de la commission administrative, 7 novembre 1905.

¹⁷¹ Ibidem.

¹⁷² Hôpital de Morges, procès-verbaux de la commission administrative, 11 mars 1913. Cependant, les médecins se rétractent une semaine plus tard : « Les médecins n'ont pas voulu confirmer par écrit les paroles si catégoriques prononcées par eux dans la dernière séance. » Ibidem, 27 mars 1913.

déplacées dans d'autres institutions au gré des décisions de la direction de Saint-Loup, qui garde la haute main sur la carrière professionnelle de ses diaconesses. Or, cette politique du personnel de la maison-mère ne correspond pas toujours aux attentes des directions d'infirmières qui voient d'un mauvais œil le départ de diaconesses formées, nécessaires au bon fonctionnement de leur institution. A Morges par exemple, médecins et administrateurs dénoncent en 1913 le « système de M. Rau »¹⁷⁴ et se tournent vers la Croix-Rouge. Mais les infirmières diplômées de cette institution coûtent trop cher à l'établissement qui préfère engager une diaconesse supplémentaire. Le même phénomène se passe dans d'autres établissements, comme à Montreux, où la commission administrative se plaint de Saint-Loup « pour la façon dont les changements de sœurs sont opérés. »¹⁷⁵ Si les diaconesses accompagnent et soutiennent les médecins dans le processus de modernisation de la médecine hospitalière, il serait toutefois abusif de voir dans leur arrivée l'unique facteur organisationnel décisif.

Nomination de médecins internes et de personnel infirmier laïc (1930-1950)

La réorganisation des hôpitaux passe par une redistribution des tâches entre les divers soignants. Avant l'arrivée des chirurgiens-modernisateurs, ce sont en effet les diaconesses qui sont à la tête des infirmeries. Elles en assurent aussi bien la direction des soins – les médecins ne sont que de passage – que celle des finances – avant la nomination d'économes et de comptables salariés. Les chirurgiens-modernisateurs remettent fondamentalement cette organisation en cause. Désormais, les médecins sont les chefs de leurs services autonomisés. Ils sont secondés par des médecins internes, nommés dans les hôpitaux régionaux au cours de l'entre-deux-guerres, essentiellement au début des années 1940 (Hospice de l'Enfance 1911, Montreux 1928, Vevey-Samaritain 1930, Nyon 1940, Yverdon 1940, Aigle 1943, Payerne 1944, Sainte-Croix 1946, Morges 1959, etc.). Il est fort probable que la désorganisation des services hospitaliers engendrée par la mobilisation – de nombreux médecins sont appelés sous les drapeaux – ait renforcé l'idée de la nécessaire nomination de médecins internes. Il s'agit pour le corps médical d'assurer, comme à l'Hôpital cantonal de Lausanne, une permanence médicale et le suivi des soins durant leur absence (nuits, vacances, etc.). Pour mieux affirmer leur position dominante face aux diaconesses, les médecins ne peuvent abandonner à ces

¹⁷³ Les diaconesses novices reçoivent dès 1856 une formation pratique de la part du médecin de l'infirmerie de Saint-Loup attachée à leur maison. Mais cet établissement est très petit (228 malades sont soignés en 1853, 300 en 1873, 392 en 1893 et 766 en 1913).

¹⁷⁴ Hôpital de Morges, procès-verbaux de la commission administrative, 11 mars 1913.

¹⁷⁵ Hôpital de Montreux, procès-verbaux de la commission administrative, 20 décembre 1920

dernières un espace d'autonomie si important. Les conflits entre les diaconesses et le corps médical s'accroissent. Ils reflètent les difficultés produites par la redistribution des tâches à l'intérieur des hôpitaux.

Quant au personnel infirmier, il devient nécessaire d'y recourir en plus grand nombre pour assurer le fonctionnement de ces hôpitaux redimensionnés. A Aigle par exemple, on passe de 15 employés – sans les médecins – en 1931 à 28 en 1945. L'augmentation du personnel hospitalier laïc se traduit par une forte hausse de la charge salariale dans les hôpitaux. Ainsi, dans celui d'Yverdon, la part des salaires dans les dépenses d'exploitation passe de 11% en 1920 à 39% en 1950¹⁷⁶. Les diaconesses de Saint-Loup occupent toujours une place très importante au sein des services médicaux, notamment dans les échelons supérieurs de la hiérarchie¹⁷⁷, mais elles ne suffisent pas à combler la demande à elles seules. Toutes les administrations hospitalières demandent régulièrement à Saint-Loup d'augmenter le nombre des sœurs destinées à leur établissement. Il devient vite très difficile à la maison-mère de répondre à toutes ces demandes. Face au manque de disponibilités, les diaconesses sont même retirées de Château-d'Oex en 1945, préfigurant le grand retrait des années 1960. A Vevey-Providence, les administrateurs de cet hôpital catholique connaissent des problèmes de recrutement identiques auprès de congrégations religieuses. Lorsqu'ils s'adressent en 1944 à la maison-mère des sœurs de Baldegg¹⁷⁸, ils affirment être prêts à engager « même une laïque si nécessaire. »¹⁷⁹

On fait aussi appel à un personnel laïc qualifié provenant d'autres filières de formation, telle que l'Ecole de la Source de Lausanne qui envoie dans les années 1930 des stagiaires dans plusieurs établissements (Aigle, Nyon, etc.). De même, l'ouverture de laboratoires d'analyse entraîne l'engagement de laborantines laïques diplômées (Montreux 1934, Château-d'Oex 1943, Payerne 1943, Nyon 1944, Rolle 1946, Sainte-Croix 1950, Morges 1958, etc.). Malgré ses qualifications professionnelles, ce personnel para-médical a des conditions de travail plus qu'élémentaires. Ainsi, la laborantine engagée à Montreux en 1934 reçoit pour seul salaire les repas pris à l'hôpital, qu'elle quitte d'ailleurs après 6 mois de travail¹⁸⁰. Même s'ils recourent à des professionnelles laïques, les administrateurs d'hôpitaux continuent de concevoir le

¹⁷⁶ Ce phénomène s'observe dans l'ensemble des hôpitaux de Suisse. Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., p. 205.

¹⁷⁷ Infirmière-chef, responsable de salle, etc.

¹⁷⁸ Les sœurs de Baldegg (LU) desservent l'hôpital de la Providence dès 1921.

¹⁷⁹ Hôpital de Vevey-Providence, procès-verbaux du comité, 13 septembre 1944.

¹⁸⁰ Hôpital de Montreux, procès-verbaux de la commission administrative, 1934.

travail de leurs employées selon l'idéal philanthropique traditionnel : le service aux malades fait dans le silence, l'abnégation et le sacrifice est toujours conçu comme partie intégrante de la féminité¹⁸¹.

*Un exemple : la réorganisation de l'Hôpital de Nyon (1935-1945)*¹⁸²

L'Hôpital de Nyon est un bon exemple des difficultés rencontrées dans la mise en place d'une nouvelle organisation hospitalière. Fondé par des notables de la ville en 1874, il connaît jusque vers 1900 une première phase classique de développement, avec une dimension réduite (entre 150 et 250 hospitalisations par année), des finances équilibrées reposant sur les dons et les pensions de malades, ainsi qu'un service médical assuré par les divers médecins de la localité à tour de rôle. Un legs de 70'000 francs en 1894 permet le développement de l'établissement : il fait appel aux diaconesses de Saint-Loup (1895), devient propriétaire des bâtiments jusque-là loués à la commune (1897) et aménage une annexe (1898). Ces diverses réorganisations permettent de passer à la prise en charge de 500 à 600 malades par année tout en conservant des finances stables.

Les velléités de modernisation de l'établissement interviennent au cours des années 1930, suite à l'arrivée comme chirurgien d'un ancien chef de clinique de César Roux, le Dr Gustave Piotet (1927), décidé à remédier à « la primitivité de l'Infirmierie et [à] l'insuffisance de son équipement. »¹⁸³ Un nouvel hôpital de 63 lits est ouvert en 1938 et permet de doubler le nombre d'hospitalisations (995 malades en 1940 et 1'155 en 1950). Outre les problèmes rencontrés avec les diaconesses à cause de la nomination d'un économe pour s'occuper des questions comptables, le comité de l'hôpital doit arbitrer un grave conflit entre médecins et diaconesses. Ces dernières supportent mal le fait que l'on ait engagé en 1940, sur pression du corps médical, un médecin interne, la doctoresse Rosenblatt¹⁸⁴. Le partage des tâches entre le médecin interne – dépendant du corps médical – et la diaconesse supérieure – dépendant du comité – est mal défini et aucune n'accepte sa soumission à l'autre. Largement soutenues par la commission administrative – qui comprend au moins deux pasteurs – les diaconesses accusent l'interne de vouloir les faire renvoyer. Un pasteur défend la supérieure en 1944 et « rend un émouvant témoignage sur l'œuvre splendide des sœurs de Saint-Loup qui apportent aux malades une aide spirituelle précieuse. »¹⁸⁵ Un autre administrateur déclare que la sœur

¹⁸¹ Voir Joëlle Droux, *L'attraction...*, op. cit.

¹⁸² Hôpital de Nyon, procès-verbaux de la commission administrative et rapports annuels.

¹⁸³ Gustave Piotet, op. cit., p. 68.

¹⁸⁴ Née en Allemagne en 1904, naturalisée Suisse à Lucerne en 1934.

¹⁸⁵ Hôpital de Nyon, procès-verbaux de la commission administrative, 26 février 1944

directrice « n'a pas toujours le doigté et le calme qu'on pourrait lui demander, [mais] il faut reconnaître qu'elle administre admirablement l'Hôpital. C'est certainement grâce à elle que les comptes d'exploitation de notre œuvre sont toujours favorables. »¹⁸⁶ Les médecins sont d'un tout autre avis. Le Dr Francken¹⁸⁷ dénonce le fait que l'on fasse « au détriment de certains assistés, des économies de médicaments qui sont inadmissibles. »¹⁸⁸ Quant à Piotet, il ajoute que « si l'on veut ramener la paix à l'hôpital, il ne sert à rien de congédier Mlle Rosenblatt, mais qu'il convient de renvoyer la sœur directrice, les infirmières et une partie du personnel. »¹⁸⁹ Les médecins connaissent en effet eux-mêmes des problèmes relationnels avec les diaconesses. Selon le témoignage du Dr Piotet, les sœurs feraient notamment preuve de non respect du secret médical et d'une volonté délibérée de nuire au bon déroulement des soins¹⁹⁰. Il donne comme exemple : « Une sœur qui va quitter Saint-Loup a tout dernièrement retourné un malade atteint d'une maladie grave et impotent d'une jambe. Son thorax est venu s'appuyer sur une barre de fer du lit ; il a dit que cela lui faisait mal. La sœur lui a répondu que cela lui apprendrait à se plaindre aux médecins et qu'il n'avait qu'à supporter cette position. »¹⁹¹ La situation ne s'améliore qu'avec le départ en décembre 1944 de Mlle Rosenblatt (renvoyée sans avoir pu s'expliquer devant la commission administrative), l'arrivée d'une nouvelle sœur directrice et l'engagement d'une laborantine sur proposition des médecins.

La réorganisation s'achève en 1946. Le Dr Piotet est nommé médecin-chef et les administrateurs décident de recourir à des spécialistes externes comme consultants pour certaines branches¹⁹² : le prof. Nicod¹⁹³ pour la pathologie et les autopsies ; le Dr Francken pour la tuberculose – généralement au Pavillon de la Côte ; Dr Dubois-Ferrière¹⁹⁴ de Genève pour l'hématologie ; le Dr Thévoz¹⁹⁵ pour l'ORL ; le Dr Ott¹⁹⁶ de Lausanne pour la neurologie. Il s'agit alors bien d'une organisation du travail en équipe telle qu'elle est adoptée

¹⁸⁶ Ibidem.

¹⁸⁷ William Francken (1889-1962) : médecin du Pavillon de la Côte à Gilly et promoteur de la lutte antituberculeuse. ACV, Dossiers ATS.

¹⁸⁸ Hôpital de Nyon, procès-verbaux de la commission administrative, 26 février 1944

¹⁸⁹ Ibidem.

¹⁹⁰ Une sœur aurait caché du matériel chirurgical dans une armoire, pas respecté les prescriptions de médicaments et pas annoncé l'arrivée de nouveaux malades. Ibidem.

¹⁹¹ Ibidem

¹⁹² Gustave Piotet, op. cit., pp. 75-76.

¹⁹³ Jean-Louis Nicod (1895-1983) : professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Lausanne (1934-1965) et directeur de l'Institut d'anatomie pathologique (1925-1965). Olivier Robert et Francesco Panese, *Dictionnaire...*, op. cit., pp. 914-915.

¹⁹⁴ Henri-Emile Dubois-Ferrière (1912-1970) : médecin établi à Genève. AEG, Fichiers biographiques.

¹⁹⁵ Edmond Thévoz (1896- ?) : médecin spécialiste en ORL établi à Lausanne (1932). *Belles-Lettres...*, op. cit., p. 291.

¹⁹⁶ Théodore Ott : voir p. 102.

dans les hôpitaux régionaux sur le modèle de l'Hôpital cantonal lausannois et de sa clinique chirurgicale. Un second médecin-chef pour la médecine interne est nommé en 1957.

L'uniformisation architecturale des hôpitaux régionaux

La modernisation des infirmeries vaudoises se matérialise dans la construction de nouveaux bâtiments, qui se fait en deux phases (1897-1913) et (1920-1940). Or, contrairement à la précédente, cette nouvelle génération d'hôpitaux n'est pas bâtie dans une perspective locale par des architectes du cru. On assiste en effet à une véritable uniformisation des bâtiments hospitaliers, tant au niveau de l'infrastructure médico-technique que de l'organisation de l'espace. Cette standardisation est favorisée par l'omniprésence de quelques architectes lausannois qui s'imposent comme de véritables experts en matière hospitalière. Désireux d'offrir à leur institution – et aux chirurgiens-modernisateurs qui y exercent – une infrastructure "moderne" favorable à l'épanouissement d'une médecine "scientifique", les administrateurs d'hôpitaux recourent à ces experts.

Le premier d'entre eux est l'architecte Henri Verrey (1852-1928)¹⁹⁷. Sa renommée dans les milieux philanthropiques vaudois précède sa réputation de bâtisseur d'hôpitaux. En effet, tout comme son père Jules Verrey¹⁹⁸, il est fortement engagé dans l'Eglise libre dont il construit de nombreuses chapelles¹⁹⁹, financées en partie par William Barbey²⁰⁰. Il est par ailleurs membre des comités de l'Hospice de l'Enfance et de l'Association immobilière des Terreaux (qui gère les biens de l'Eglise libre lausannoise). Ce n'est donc pas tout à fait par hasard que sa première réalisation hospitalière soit le nouvel Hôpital de Saint-Loup (1897), financé en grande partie par le beau-frère de William Barbey. Cet établissement, dont l'infrastructure médico-technique est réalisée sur expertise du prof. Fritz de Quervain²⁰¹, devient rapidement un modèle de référence, avec sa rotonde vitrée assurant un éclairage optimal en salle d'opérations²⁰². Verrey construit de même les nouveaux bâtiments de l'Infirmerie d'Yverdon (1901), dans lesquels on trouve une salle d'opérations moderne conçue sur le modèle de

¹⁹⁷ ACV, Dossiers ATS.

¹⁹⁸ Jules Verrey (1822-1896) : architecte, concepteur de plusieurs chapelles de l'Eglise libre vaudoise. ACV, Dossiers ATS.

¹⁹⁹ Voir Dave Lüthi, op. cit.

²⁰⁰ William Barbey aurait imposé à plusieurs reprises les architectes de son choix pour la construction de chapelles financées par ses soins. Il n'est pas impossible qu'il ait agi de même dans le domaine hospitalier – dont il est, avec sa famille, un important mécène – favorisant ainsi l'architecte Henri Verrey. Voir Dave Lüthi, op. cit., p. 37.

²⁰¹ Selon Emile Bonard, op. cit., p. 12.

²⁰² La commission de construction de l'Infirmerie de Nyon demande dans son rapport sur les transformations à apporter à l'établissement rédigé en 1898 « une salle d'opérations sur le modèle de Saint-Loup ». Cité par Gustave Piotet, op. cit., p. 31.

Saint-Loup ; de la clinique privée Bois-Cerf, à Lausanne, dans laquelle exerce son frère, l'ophtalmologue Louis Verrey²⁰³ (1902) ; de l'établissement de Lavigny pour épileptiques (1907)²⁰⁴ ; de l'Infirmierie de Lausanne, établie dans le cadre de l'Ecole de La Source (1907) ; de l'Infirmierie de Monthey, dans le canton du Valais (1910) ; de l'Hospice de l'Enfance à Lausanne (1910) ; ainsi que de plusieurs sanatoriums alpins. De plus, Verrey siège dans le jury du projet – non réalisé – de nouvel hôpital à Montreux (1913)²⁰⁵. Tous ces établissements ne sont pas réalisés selon un modèle uniforme. La diversité des styles architecturaux est patente : l'Hôpital de Saint-Loup ressemble à une maison de maître, l'Infirmierie d'Yverdon à la maison familiale traditionnelle, la clinique Bois-Cerf à un hôtel lémanique, etc. C'est plutôt au niveau de l'infrastructure médico-technique que l'uniformisation s'accomplit : la salle d'opérations équipée de matériel produit par la maison Schaerer (tables d'opérations, stérilisateur, etc.) et dont les sols sont faits en mosaïque plutôt qu'en plancher, ainsi que l'installation radiologique, deviennent les symboles de la modernité hospitalière au tournant du siècle. Verrey s'impose comme le premier expert en matière de construction d'hôpitaux dans le canton de Vaud.

La seconde génération d'architectes qui joue un rôle déterminant dans la standardisation hospitalière est représentée par Georges Epitoux (1873-1957) et Charles Thévenaz (1882-1966)²⁰⁶. Epitoux se fait (re)connaître comme spécialiste des questions hospitalières avec la réalisation de la Maternité de l'Hôpital cantonal (1916) et des cliniques du Dr Rollier à Leysin (1927-1928), ainsi que la transformation de l'Hôtel Cecil en clinique privée (1931)²⁰⁷. Il atteint le sommet de sa renommée avec la conception de la Maternité d'Athènes (1933) et celle de l'Hôpital Nestlé à Lausanne (1935). S'il ne réalise pas personnellement d'hôpital régional dans le canton de Vaud, il est en revanche très présent dans les jurys qui décident de l'attribution des travaux²⁰⁸ (Montreux 1913 ; Hospice Sandoz 1928 ; Aigle 1930 ; Rolle 1930 ; etc.), souvent aux côtés de l'architecte de l'Etat Eugène Bron²⁰⁹ et de personnalités locales membres des commissions administratives. Quant à Thévenaz, il est le concepteur des

²⁰³ Louis Verrey (1854-1916): médecin spécialiste en ophtalmologie, établi à Neuchâtel (1887) puis à Lausanne (1892), privat-docent à l'Université de Lausanne (1892-1916). Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

²⁰⁴ Cette institution fonctionne sur le même modèle que les infirmeries locales : elle est fondée et dirigée par des philanthropes locaux et dépend essentiellement de ressources privées.

²⁰⁵ Source : *Bulletin technique de la Suisse romande*, diverses années.

²⁰⁶ Pierre Frey, *Alphonse Laverrière, 1872-1954. Parcours dans les archives d'un architecte*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 1999, 276 p. et *Ingénieurs et architectes vaudois. L'esprit d'entreprise*, Le Mont-sur-Lausanne, SIA, 1987, 142 p.

²⁰⁷ Dave Lüthi et Bruno Corthésy, *L'Hôtel Cecil à Lausanne : étude historique*, Lausanne, Bureau de recherche en histoire de l'architecture, 2002, 32 p.

²⁰⁸ Source : *Bulletin technique de la Suisse romande*, diverses années.

nouveaux bâtiments hospitaliers de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande (1928), de Sainte-Croix (1947) et réalise le pavillon Germond de l'Hôpital de Saint-Loup (1935). En outre, il siège dans les jurys des concours de réalisation des hôpitaux d'Yverdon (1936) et de Lavaux (1939).

Ces deux architectes sont ainsi les principaux experts auxquels les administrations hospitalières recourent dans l'entre-deux-guerres pour décider de l'attribution des travaux et à ce titre sont des acteurs essentiels de la standardisation des bâtiments vers un même modèle en T (Aigle, Lavaux, Nyon, Rolle, pavillon Germond de Saint-Loup, Sainte-Croix, etc.). Les concepteurs de la nouvelle Infirmerie de Rolle représentative de ce modèle en T, les architectes yverdonnois Hugli et Teyssière, qui ne sont pas des spécialistes des constructions hospitalières, affirment en 1934 avoir conçu leur bâtiment « à l'exemple de constructions similaires réalisées ces dernières années, nouvel Hôpital Beaujon à Paris²¹⁰, Hôpital Nestlé à Lausanne [...] »²¹¹ Le modèle en T tel qu'il s'impose en Suisse romande dans les années 1930 repose sur la division fonctionnelle de l'espace hospitalier et sur la maîtrise des flux internes, selon un modèle importé d'outre-Atlantique²¹². Ainsi que l'écrivent des architectes français dans l'immédiat après-guerre, « aux Etats-Unis, on tend de plus en plus à abandonner l'hôpital vertical, basé sur le principe d'une superposition pure et simple de pavillons. On essaie au contraire de créer dans la mesure du possible des relations de niveau entre l'hospitalisation et les services de diagnostic et de thérapeutique. Ainsi on dispose les services opératoires au même étage que les services d'hospitalisation correspondants. De même on place de préférence le laboratoire au même niveau que les services d'hospitalisation et que les services de consultation de médecine générale. Il résulte généralement de cette disposition une forme en T ou en H, l'aile contenant les services de diagnostic et de thérapeutique étant perpendiculaire au bloc d'hospitalisation, le plus souvent orienté vers le Sud. »²¹³ En Suisse, des établissements conçus sur ce modèle sont bâtis dès le milieu des années 1920. L'un des

²⁰⁹ Eugène Bron (1870-1945) : architecte de la ville de Lausanne (1898-1906) puis de l'Etat de Vaud (1906-1936). *DHS*.

²¹⁰ Le nouvel Hôpital Beaujon est ouvert à Clichy en 1935 et est un bon exemple de cette nouvelle génération d'établissements modernes. Il a été conçu par l'architecte Jean Walter selon le modèle américain de superposition verticale des divers services médicaux. Construit en béton, l'hôpital est formé d'un parallélépipède à redents, orienté nord-sud, avec les chambres de malades au sud et les services thérapeutiques au nord. Voir Pierre Vallery-Radot, *Nos hôpitaux parisiens. Un siècle d'histoire hospitalière de Louis-Philippe jusqu'à nos jours (1837-1949)*, Paris, Ed. Paul Dupont, 1948, pp. 173-180.

²¹¹ *La Construction moderne*, 1934, p. 130.

²¹² Sur la présentation du modèle hospitalier américain tel qu'il s'impose au cours de l'entre-deux-guerres en Europe continentale, voir Isidore Rosenfield, *Hospitals – Integrated design*, New York, Progressive architecture library, 1947, 308 p.

²¹³ « La santé publique », in *L'architecture aujourd'hui*, n°15, novembre 1947, p. 34.

premiers d'entre eux est l'Hôpital Lory²¹⁴, ouvert à Berne en 1927 et dirigé dès 1929 par un ancien interne de César Roux, le Dr Fritz Dumont²¹⁵, par ailleurs privat-docent de chirurgie à l'Université de Berne.

Ces hôpitaux sont orientés nord-sud. L'aile sud comprend notamment le bloc hospitalier dans lequel se trouvent les chambres de malades. Quant à l'aile nord, elle héberge les services thérapeutiques et principalement la salle d'opérations, située idéalement « in a dead end »²¹⁶, ainsi que le préconisent les architectes hospitaliers pour des raisons de maintien des conditions aseptiques. La localisation des salles d'opérations au nord répond à la nécessité d'avoir une lumière naturelle constante, sans ombres changeantes – ce qui n'est plus vraiment d'actualité avec le développement de la lumière artificielle – ainsi qu'une température aussi stable que possible. Enfin, les services hôteliers (cuisines, buanderie, etc.) sont situés au sous-sol. Les corridors rectilignes et les ascenseurs/monte-plats permettent une gestion optimale des flux, aussi bien horizontaux que verticaux, à l'intérieur de l'établissement. Lors de la conception du nouvel Hôpital de Sainte-Croix, en 1927, le conseil d'administration explique que le rôle de l'ascenseur est ainsi de relier « tous les étages et [de faciliter] beaucoup les transports de malades, lesquels pourront s'il le faut être amenés sans brancard, dans leur propre lit, jusqu'à la table d'opérations, aux rayons X ou aux bains. Il servira également à monter le linge de la buanderie au séchoir du deuxième étage. »²¹⁷

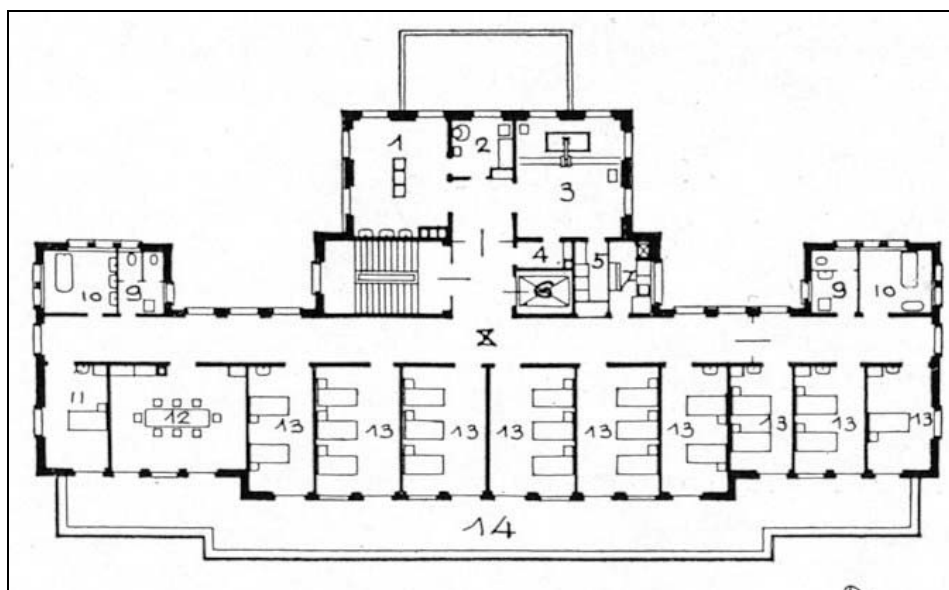
L'Hôpital de Rolle est un excellent exemple de l'application de ce modèle aux hôpitaux régionaux vaudois. Les chambres de malades (13) se situent dans l'aile sud et le bloc opératoire, avec la salle d'opérations (1), la stérilisation (2) et la radiologie (3), dans la partie nord. L'ascenseur (6) assure la liaison avec les services hôteliers établis au sous-sol (buanderie et cuisine) et permet le passage rapide des cas d'urgence de l'entrée principale (située sous le bloc opératoire) et à la salle d'opérations.

²¹⁴ Voir *La construction...*, op. cit., pp. 24-26.

²¹⁵ Fritz Dumont (1882-1947) : chirurgien établi à Berne, membre du directoire de la Croix-Rouge suisse et du conseil d'administration de l'Ecole de La Source à Lausanne. Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

²¹⁶ Isidore Rosenfield, op. cit., p. 108.

²¹⁷ *Feuille d'avis de Sainte-Croix*, 7 septembre 1927, cité dans *A votre santé...*, op. cit., p. 100.

Fig. 12 Plan de l'Hôpital de Rolle, 1er étage, 1930²¹⁸

Cette nouvelle organisation du travail est favorisée par le recours systématique à l'énergie électrique (sonnettes électriques aux lits des malades, tableau de contrôle des appels dans le local des infirmières, etc.), qui permet en outre d'hygiéniser l'hôpital. Ainsi, l'Hôpital du Samaritain de Vevey installe une cuisine électrique en 1933 qui présente de multiples avantages selon son concepteur : « la sécurité, la souplesse, la simplicité, la propreté, l'hygiène, l'absence d'odeur et de dégagement de vapeur d'eau et surtout son exploitation des plus économiques »²¹⁹

En fin de compte, la gestion des flux doit permettre la prise en charge d'un nombre croissant de malades, de manière rationnelle, "mécanique". Le bâtiment hospitalier ne reflète plus le cadre familial qu'on lui accordait dans la seconde partie du 19^e siècle afin d'apporter du réconfort aux malades des classes populaires. Il devient lui-même un instrument de gestion de la médecine hospitalière.

²¹⁸ *Bulletin technique de la Suisse romande*, 1938, p. 22.

²¹⁹ L. Dénéréaz, « La cuisine électrique de l'Hôpital du Samaritain, à Vevey », in *Bulletin technique de la Suisse romande*, 1933, p. 34.

Tab. 35 Nouveaux bâtiments hospitaliers et transformations, 1920-1960

	Nouveaux bâtiments	Transformations, agrandissements
Aigle	1932	-
Aubonne	-	1930
Montreux	1928	
Morges	-	1928 ; 1936 ; 1948
Moudon	1954	1925
Nyon	1938	-
Orbe	1933	-
Payerne	-	1939
Rolle	1934	-
Saint-Loup	1952	1928 ; 1936
Sainte-Croix	1947	-
Le Sentier	1934	1956
Vevey-Samaritain	1956	-
Yverdon	1939	1927

Ces divers travaux permettent de faire passer le nombre total de lits disponibles dans les hôpitaux régionaux vaudois de 607 en 1909 à 1340 en 1942, soit une croissance de 121%²²⁰. En 1942, on observe des hôpitaux d'au moins cent lits à Montreux (100 lits), Payerne (100), Yverdon (162) et Saint-Loup (186). C'est aussi durant cette période qu'on ouvre des établissements dans la Vallée de Joux (1934) et le Lavaux (1942), après plusieurs décennies de palabres²²¹. Le développement de l'infrastructure hospitalière se poursuit dans l'après-guerre. En 1960, les 18 hôpitaux régionaux vaudois ont une capacité d'accueil totale de 1'527 lits qui permettent l'hospitalisation de 22'308 personnes²²². Bien que l'organisation interne de ces établissements se complexifie, avec notamment la multiplication des services médicaux autonomes (radiologie, ORL, pédiatrie, etc.) et des outils diagnostics, ils restent conçus sur le modèle fonctionnel adopté au cours de l'entre-deux-guerres et répondent à un même besoin d'organisation et de gestion des différents flux internes.

²²⁰ Sources : « Statistique des hôpitaux et hospices de la Suisse au 31.12.1909 », in *Journal de Statistique Suisse*, 1910, pp. 283-318 ; *Les établissements pour malades en Suisse de 1936 à 1942*, Berne, Bureau fédéral de la Statistique, 1945.

²²¹ Sur la gestation de l'infirmerie de Lavaux, voir l'excellent mémoire de licence de Catherine Lehmann-Jomini, *La genèse de l'infirmerie de Lavaux: 1878-1942: Cas particulier dans le développement des hôpitaux régionaux vaudois*, mémoire de licence, Université de Lausanne, 1978, 66 p.

²²² Hôpital d'Yverdon, tableaux statistiques, 1960. A titre de comparaison, l'Hôpital cantonal dispose en 1960 de 1'133 lits et hospitalise cette année-là 14'389 personnes. CRCE, Département de l'Intérieur, 1960.

Amélioration de l'infrastructure médico-technique

Ces nouveaux bâtiments sont le cadre d'un très fort développement de l'infrastructure médico-technique. Sous l'impulsion des chirurgiens-modernisateurs, les hôpitaux se dotent de nouvelles salles d'opérations, d'installations radiologiques, de laboratoires d'analyses, etc. Dès les années 1890, on observe l'ouverture ou la rénovation de salles d'opérations dans les infirmeries régionales (Nyon 1890²²³/1898, Morges 1893, Vevey-Samaritain 1893, Bex 1899, Payerne 1899/1905, Yverdon 1901, Montreux 1909, etc.), selon des normes modernes : à Montreux, on n'hésite pas à faire appel aux conseils du professeur lausannois César Roux, alors que le prof. de Quervain joue un rôle non négligeable dans plusieurs hôpitaux, notamment à Saint-Loup et à Yverdon. A Morges en 1893, ce sont les médecins qui revendiquent la transformation d'une chambre de trois lits en salle d'opérations. A Payerne, la salle d'opérations est transformée en 1899 « d'après les derniers perfectionnements connus et munie de tout le matériel et instruments nécessaires pour en faire une salle d'opérations modèle. »²²⁴ De plus, les nouveaux bâtiments hospitaliers conçus dans l'entre-deux-guerres accordent une grande importance à la salle d'opérations, autour de laquelle est organisé l'espace hospitalier.

Quant aux installations de rayons X, plusieurs infirmeries s'en dotent dès la fin des années 1900 (Vevey-Samaritain 1909, Saint-Loup 1910, Hospice de l'Enfance 1912, Morges 1915, Yverdon 1918, Sainte-Croix 1919, Nyon 1922, Rolle 1924, Montreux 1927, Aigle 1931, Payerne 1931). On n'assiste pas encore à la naissance de services distincts de radiographie mais très souvent il est fait appel à un médecin externe, généralement de Lausanne, spécialisé dans ce domaine et qui se rend régulièrement (deux à quatre fois par mois) dans les infirmeries régionales. A Payerne, les administrateurs engagent le radiologue de l'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel²²⁵ (1944-1949) puis celui de l'Hôpital cantonal de Fribourg²²⁶ (1949-1955). L'un des premiers médecins-radiologues à s'installer dans un hôpital régional est le Dr Marc Ramseyer. Assistant au sanatorium des Alpes vaudoises à Leysin puis premier assistant du Service de radiologie de l'Hôpital cantonal de Lausanne, il s'installe en 1946 à l'Hôpital de Saint-Loup et à la Clinique de La Source²²⁷. La nomination de médecins-radiologues à la tête de ces services intervient massivement dans les années 1950, avec l'arrivée de Paul Anex

²²³ Gustave Piotet, op. cit., p. 28.

²²⁴ Hôpital de Payerne, rapport annuel, 1899, p. 1.

²²⁵ Roger Humbert (1908-1949) : assistant au Service de radiologie de l'Hôpital cantonal, radiologue à l'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel. Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

²²⁶ Zimmer : radiologue établi à Fribourg.

²²⁷ ACV, Dossiers ATS.

à Aigle (1951), de Robert Kleinert²²⁸ à Rolle (1952) et à Nyon (1955), de Herzog à Nyon (1958), etc. Ils sont, aux côtés des chirurgiens-modernisateurs, les premiers médecins spécialistes à intervenir dans les hôpitaux régionaux. Leur arrivée est d'autant mieux appréciée par les commissions administratives qu'elle engendre de confortables ressources financières. En effet, l'utilisation de l'infrastructure médico-technique pour la clientèle privée est soumise à une taxe en faveur de l'hôpital que les malades paient en plus des honoraires médicaux, versés en principe directement aux médecins.

Toutefois, les recettes des salles d'opérations et de radiologie sont souvent intégrées aux pensions de malades et donc difficilement identifiables dans la durée ainsi que dans une perspective comparatiste. Un document de synthèse établi par les hôpitaux régionaux pour l'année 1960 donne une vue d'ensemble du phénomène et permet de mesurer l'ampleur prise par ces recettes au cours des années 1940 et 1950.

*Tab. 36 Recettes des salles d'opérations et de radiologie dans les hôpitaux régionaux vaudois, 1960*²²⁹

Hôpital	Dépenses d'exploitation	Recettes salle d'opérations	En % des dépenses	Recettes radiologie	En % des dépenses	Total en %
Aigle	443'302	28'188	6.4	95'068	21.4	27.8
Aubonne	201'433	13'705	6.8	15'773	7.8	14.6
Bex	58'799	233	0.4	-	-	0.4
Ch. d'Oex	234'804	15'816	6.7	23'480	10.0	16.7
Cully	252'827	19'221	7.6	20'083	7.9	15.5
Montreux	515'187	7'146	1.4	25'997	5.0	6.4
Morges	502'256	39'625	7.9	62'340	12.4	20.3
Moudon	271'496	22'713	8.4	31'131	11.5	19.8
Nyon	637'603	24'287	3.8	95'027	14.9	18.7
Orbe	436'712	29'938	6.9	-	-	6.9
Payerne	507'235	54'491	10.7	75'761	14.9	25.7
Rolle	299'992	25'517	8.5	41'875	14.0	22.5
Saint-Loup	1'295'474	40'503	3.1	100'606	7.8	10.9
Ste-Croix	273'231	31'023	11.4	33'258	12.2	23.5
Le Sentier	329'507	21'537	6.5	17'541	5.3	11.9
Vevey Prov.	402'307	41'125	10.2	61'588	15.3	25.5
Vevey Sam.	885'443	84'815	9.6	195'371 ²³⁰	22.1	31.6
Yverdon	1'019'159	100'114	9.8	131'113	12.9	22.7

²²⁸ Robert Kleinert : médecin établi à Lausanne, associé du prof. Verdan dans le cadre de la Clinique de Longeraie (1946). VERDAN Claude, « 50^e anniversaire de la fondation de la Clinique et permanence médicale de Longeraie, 1946-1996. Historique », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1996, pp. 145-148.

²²⁹ Hôpital d'Yverdon, tableaux statistiques, 1960.

²³⁰ Ce chiffre comprend les recettes ambulatoires de radiologie, qui ne sont pas prises en compte pour les autres hôpitaux.

En moyenne, les recettes des salles d'opérations couvrent 7.0% des dépenses d'exploitation et les recettes de radiologie 12.2%. Additionnées, ces recettes représentent à elles seules près de 20% des dépenses. Cependant, la situation varie passablement d'un établissement à l'autre. Il faut tenir compte des conditions socio-économiques qui déterminent la structure du marché médical local. Dans certains établissements, l'infrastructure médico-technique couvre plus du quart des dépenses d'exploitation, comme à Vevey-Samaritain (31.7%), à Aigle (27.8%), à Payerne (25.6%) et à Vevey-Providence (25.5%). Les hôpitaux qui encaissent le plus de ces recettes sont ceux situés dans les centres urbains où les médecins privés et leur clientèle ont recours à l'infrastructure hospitalière. Mis à part le cas spécial de Montreux où les cliniques privées sont nombreuses et donc le recours des médecins à l'infrastructure de l'hôpital régional moins fréquente, les établissements qui encaissent le moins ce type de recettes sont situés dans des centres secondaires comme Bex (0.4%), Saint-Loup (10.9%), Le Sentier (11.9%), Aubonne (14.6%), Cully (15.5%) et Château-d'Oex (16.7%), où le marché des soins (clientèle aisée + chirurgiens indépendants) est plus restreint.

3. La réorganisation administrative et financière (1900-1960)

La modernisation des infirmeries locales vaudoises et leur transformation en hôpitaux régionaux généralistes n'est pas que le fait de la mise en œuvre des divers progrès de la médecine. La structure administrative et financière est elle-même l'objet d'une profonde transformation qui rend possible le passage à l'hôpital régional moderne. En effet, le changement d'échelle qui s'opère avec l'arrivée des chirurgiens-modernisateurs nécessite le recours à des méthodes gestionnaires nouvelles et à de nouvelles sources de financement. Il s'agit tout d'abord de réorganiser la gestion des flux (malades, argent, matériel médical, nourriture, etc.) à l'intérieur de l'établissement, ce que ne peuvent plus faire les diaconesses et le comité de direction bénévole. Mais aussi, il faut trouver de nouvelles sources de financement pour assurer le fonctionnement d'un système hospitalier en forte croissance.

On assiste donc à une véritable modernisation de l'administration hospitalière, c'est-à-dire à une réorganisation des méthodes gestionnaires selon le modèle du secteur privé (manager salarié, comptabilité analytique, etc.). Ce processus de rationalisation est fortement favorisé par la restructuration de l'Association des Infirmeries Vaudoises (AIV), qui regroupe les établissements hospitaliers privés du canton. Fondée en 1930, cette association développe une

activité exclusivement lobbyiste auprès de l'Etat jusqu'à la fin des années 1940²³¹. Les choses changent durant cette période, sur fond d'apaisement des conflits entre l'Etat et les infirmeries. Pour devenir un partenaire de l'Etat crédible, elles doivent en effet réformer et unifier leur mode de gestion. Celles qui ne l'avaient pas encore fait prennent en 1947 le nom d'*hôpital*, alors que l'AIV se transforme en Groupement des Hôpitaux régionaux vaudois (GHRV), avec un comité de cinq membres aux attributions définies : « la recherche et l'étude, dans un esprit de solidarité, de mesures communes, utiles à la bonne marche et au développement des hôpitaux régionaux vaudois »²³². Une personnalité incontournable joue un rôle déterminant dans ce processus, Eugène Zwahlen²³³, directeur de l'Hôpital de Lavaux, et secrétaire du GHRV depuis la fin des années 1940. Il devient président du GHRV en 1957, puis directeur en 1974, et en reste la cheville ouvrière jusqu'à son départ en 1980. Autoritaire, dynamique et omniprésent, il transforme le GHRV en une association interventionniste dans l'organisation, la gestion et la standardisation des hôpitaux régionaux. C'est lui qui fait intervenir les idées de rationalisation et d'organisation scientifique du travail dans les hôpitaux philanthropiques. Sa qualité de membre du Club d'efficiencia de la Suisse romande (CESR) lui permet de faire le lien entre le monde hospitalier et les autres secteurs de l'économie. Fondé en 1939, le CESR regroupe en effet des hommes en provenance de divers milieux professionnels cherchant « à résoudre ensemble des problèmes d'entreprise. »²³⁴ La tenue de cours et de séminaires, la visite d'entreprises, les voyages d'études et les déjeuners-conférences sont autant de moyens mis à disposition des membres du CESR pour faciliter les échanges et faire part des diverses expériences de management. Pour Eugène Zwahlen, les activités du CESR, comme celles de la Veska²³⁵, apparaissent comme un véritable "laboratoire d'idées" mis au service de la rationalisation hospitalière²³⁶.

Peu après son arrivée à la présidence (1957), Zwahlen engage un secrétaire salarié en la personne d'Emile Carroz, jeune licencié HEC de Vevey (1958). Celui-ci quitte déjà le GHRV pour une raison inconnue en 1963 mais le poste est repourvu de manière permanente en 1967,

²³¹ Voir pp. 322-323.

²³² Archives du GHRV, statuts du 9 juillet 1948, art. 2.

²³³ Eugène Zwahlen (1919- ?) : préposé à l'Office des poursuites d'Oron puis administrateur-délégué de l'Hôpital de Lavaux.

²³⁴ AVL, R. Delapierre, *Club d'efficiencia de la Suisse romande. 30 ans au service de l'avenir*, 1969, p. 1.

²³⁵ Sur la Veska, voir chapitre 2, pp. 182-184.

²³⁶ Le CESR est extrêmement mal connu. Mis à part la brochure de Delapierre conservée aux AVL et la brochure mensuelle *L'Efficient*, aucun document d'archives n'a été conservé à notre connaissance. Le Club compte 16 membres en 1939 et 502 en 1949. Il est présidé de sa fondation à la fin des années 1950 par Fernand Vuilleumier, par ailleurs membre du CSH depuis 1954.

avec la nomination de l'économe de l'Hôpital de Fleurier (NE), Daniel Conne²³⁷. Principal agent de la rationalisation des hôpitaux régionaux, le GHRV intervient notamment en faveur de la professionnalisation des directions administratives.

Professionnalisation et laïcisation des directions administratives

Jusque dans les années 1910, la gestion administrative des infirmeries est assurée par la diaconesse supérieure – pour l'économat – ainsi que par le comité de direction de l'établissement – pour la gestion financière. Le passage à l'hôpital régional ne permet plus un tel type de fonctionnement. La complexification du système des pensions de malades, suite à l'augmentation de la clientèle privée et des assurés, ainsi que la nécessité de contrôler la hausse des dépenses induite aussi bien par la croissance généralisée du système que par le renforcement de l'inflation, sont autant de facteurs qui jouent en faveur d'une restructuration de la direction administrative des infirmeries.

Dans un premier temps, les comités de direction engagent des économes laïcs (Montreux 1923 ; Yverdon 1932 ; Nyon 1943 ; Asile des aveugles 1946 ; Rolle 1948 ; Sainte-Croix 1950 ; etc.) afin de s'occuper de tâches administratives qui était menées jusque-là principalement par le président, le secrétaire et le caissier de la commission administrative. Ce sont des employés salariés dépendants de la commission administrative. Généralement, il n'y a pas de cahier des charges mais la pratique montre que ces économes ont peu de pouvoir. Ils mettent en œuvre les décisions des administrateurs. Ils sont à la fois des économes proprement dits, qui veillent à l'approvisionnement de l'hôpital en nourriture, combustible, matériel médical, etc., et des responsables administratifs qui prennent en charge la bureaucratie hospitalière naissante (correspondance, comptabilité analytique, dossiers de malades, etc.). Ils veillent ainsi à la gestion des flux de matériel et d'argent au sein des hôpitaux régionaux et par là-même assurent le fonctionnement de ces institutions réorganisées. A leurs côtés, on voit apparaître les premières secrétaires et aides-comptables laïques, à l'exemple des employées de bureau engagées en 1955 dans les établissements d'Aubonne, de Montreux et de Sainte-Croix, suite à l'adoption d'un nouveau plan comptable. Ce personnel administratif nouveau provient essentiellement des classes populaires et participe à la classe moyenne en formation. Ce sont souvent des gens qui n'ont pas été sur le devant de la scène publique, sans engagement politique ni associatif, et dont on ne sait que fort peu de choses quant au recrutement socio-professionnel. L'exemple de l'Hôpital de

²³⁷ Ce dernier devient en 1968 chef du Service de la santé publique du canton de Neuchâtel.

Montreux permet de voir à quels hommes on fait appel pour cette fonction mais on ne sait pas dans quelle mesure ils sont représentatifs d'une tendance générale. Le poste d'économe y est créé en 1923 et confié à un géomètre d'une trentaine d'années, Edmond Jaquet, futur conseiller d'Etat libéral²³⁸. Il est remplacé par un expert-comptable professionnel en 1929, puis par un télégraphiste en 1930. Dans les autres hôpitaux, l'origine socio-professionnelle des économes est rarement connue. Aucune formation spécifique n'existe mais il arrive que l'on s'adresse au Département de l'Intérieur, comme c'est le cas à Montreux en 1942, où la commission administrative demande que son nouveau secrétaire-comptable soit autorisé à rencontrer des employés du Service sanitaire cantonal « pour le familiariser le plus possible avec la marche administrative de notre établissement. »²³⁹ Cette mention est malheureusement l'une des seules relatives à la formation des économes dont les compétences exactes restent mal connues.

De plus, que la fonction d'économe existe ou pas, on observe la mainmise de personnes acquises à la gestion financière sur les postes-clés des organes directeurs. Ainsi, à Payerne, la place de président du comité est occupée dès 1913 par le syndic, alors qu'elle l'était jusque-là par des pasteurs. A Nyon, à la fin des années 1950, le président de la commission administrative est « un industriel très compétent, organisateur et financier ayant donné ses preuves dans l'adaptation de son usine métallurgique aux nécessités de l'époque. »²⁴⁰ Quant à l'Hospice de l'Enfance, il est présidé entre 1928 et 1948 par Max de Cérenville²⁴¹, directeur de La Suisse Assurance et membre du conseil d'administration de la Société de banques suisses. Alors que, dans cet établissement, la plupart des administrateurs nommés dans les années 1920 et 1930 sont issus du milieu philanthropique traditionnel²⁴², on remarque l'entrée en force de managers professionnels durant les années 1940, dans le sillage du professeur de droit administratif Henri Zwahlen, nommé en 1946 et président depuis 1948. La Suisse Assurance s'avère un terreau important d'administrateurs, avec la double nomination en 1948 du comptable Lucien Borgeaud et d'un employé, Edouard Wavre. Ce dernier est par ailleurs aussi membre du conseil d'administration de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande depuis 1944, où seuls des représentants du milieu médical (médecins et infirmières) sont

²³⁸ Edmond Jaquet (1891- ?) : géomètre à Montreux, économe de l'Hôpital, député libéral, conseiller d'Etat (1945-1958). ACV, Dossiers ATS.

²³⁹ ACV, K VIII D 31, lettre de l'Hôpital de Montreux au Département de l'Intérieur, 16 décembre 1942.

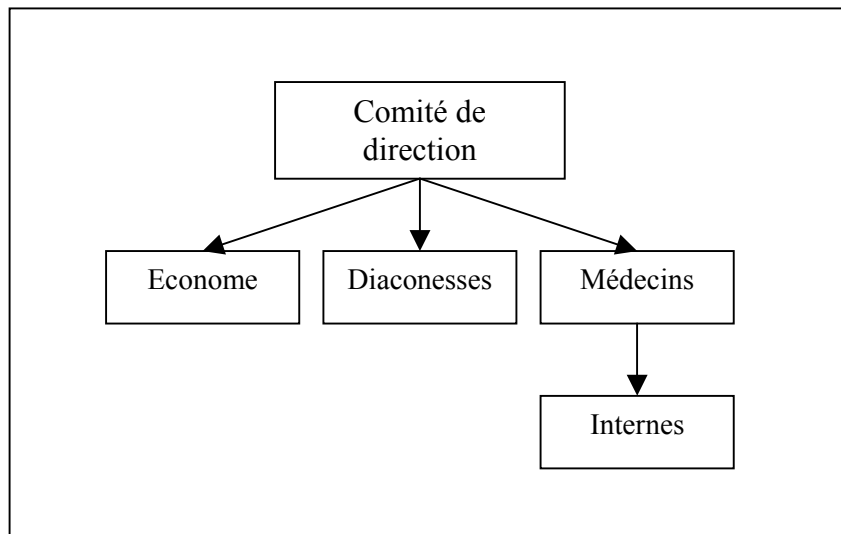
²⁴⁰ Il s'agit d'Harold Eisner. Gustave Piotet, op. cit., p. 102.

²⁴¹ Max de Cérenville (1875-1948) : conseiller municipal libéral à Lausanne, député, conseiller national, lieutenant-colonel d'artillerie. ACV, Dossiers ATS.

²⁴² Sur un total de 10 personnes nommées entre 1920 et 1940, on dénombre quatre femmes de familles libérales, deux pasteurs, deux médecins, un architecte et un non identifié.

nommés dans les années 1927-1947²⁴³. Enfin, le directeur de Publicitas, Pierre Favre, est nommé à la commission de l'Hospice de l'Enfance en 1954. On assiste ainsi dans l'entre-deux-guerres à l'affirmation d'un nouveau type d'administrateurs, issus du secteur privé, qui apportent dans les conseils d'administrations les méthodes gestionnaires en provenance des entreprises privées dans lesquelles ils travaillent²⁴⁴.

Fig. 13 Organisation-type des hôpitaux régionaux, 1920-1960



On a donc affaire à une véritable division horizontale du travail, entre la direction administrative (économe), la direction des soins infirmiers (diaconesses) et la direction médicale (médecins et internes). Une telle organisation nécessite une claire définition des attributions entre les différentes directions pour fonctionner avec un minimum de conflits de compétences, ce qui n'est généralement pas le cas dans les hôpitaux régionaux. Ainsi, même si les administrateurs de l'Hôpital de Morges écrivent dans leur rapport annuel de 1933 « Glorifions Dieu, nous n'avons pas de déficit ! »²⁴⁵, cela ne signifie pas pour autant que religion et gestion font bon ménage au cours de l'entre-deux-guerres. On a vu ci-dessus les conflits existants entre les diaconesses et le corps médical à l'occasion de la nomination de médecins internes. Il en est de même en ce qui concerne les relations entre diaconesses et

²⁴³ Ce fait est le résultat de la volonté prise en 1920 de confier la direction de l'établissement au médecin-chef et non à un économiste "laïc".

²⁴⁴ Dans son étude sur les hôpitaux new-yorkais, David Rosner montre l'arrivée d'administrateurs issus du monde économique lorsque la transformation de la médecine hospitalière nécessite une réorganisation gestionnaire et financière. Il affirme aussi que « leur intérêt dans l'hôpital était plus basé sur leur désir d'exercer une expertise financière et de sauver les hôpitaux que sur un intérêt quelconque d'amélioration sociale et morale des patients. » David Rosner, *A once charitable...*, op. cit., p. 52.

²⁴⁵ Hôpital de Morges, rapport annuel, 1933, p. 3

économiques. Ces derniers prennent en effet en main des attributions jusque-là dépendant des diaconesses et remettent en question la place dominante qu'elles exerçaient alors. A Nyon en 1937, la maison-mère de Saint-Loup menace de retirer ses diaconesses si la commission administrative nomme un économiste laïc, ce qui intervient pourtant dans le cadre de la réorganisation du nouvel hôpital et à l'occasion de l'adoption de la comptabilité analytique (1943). Ce déclassement de la diaconesse supérieure se double d'un conflit de cette dernière avec le corps médical qui secoue l'établissement dans les années 1940²⁴⁶. La position suivante prise par la sœur supérieure de l'Hôpital de Rolle en 1948 illustre tout à fait ces conceptions opposées de la gestion hospitalière : « [...] s'adressant plus directement à Mr Chêne dont elle a remarqué l'objectivité et le désir constant de considérer volontiers l'aspect financier de notre institution, elle nous prie tous d'en voir également le côté spirituel. Sœur Marie-Madeleine affirme avoir été si souvent miraculeusement exaucée (dons à l'occasion de Noël qui lui ont permis de préparer la belle fête dont elle avait rêvé) qu'elle croit fermement qu'il en sera de même pour l'achat du potager. [...] Elle exprime le désir que la vente annuelle n'ait plus lieu un dimanche, même si le bénéfice devait s'en trouver réduit, Dieu devant bien trouver le moyen de combler d'une autre façon nos besoins. Une telle conviction fit une profonde impression. Mr Chêne remercie Sœur Marie-Madeleine de ce qu'elle vient de dire : "Vous avez touché mon point faible, lui dit-il ; "Je sais bien qu'il nous faut avoir confiance en Celui qui dirige tout, mais je ne puis m'empêcher de rappeler que les besoins financiers doivent être résolus pour eux-mêmes." »²⁴⁷

La rationalisation de la gestion hospitalière franchit une étape supplémentaire et décisive avec la mise au point par Eugène Zwahlen en 1950 d'un plan comptable dont le but affirmé est l'unification et la transparence des diverses méthodes gestionnaires utilisées dans les hôpitaux régionaux²⁴⁸. L'adoption d'une comptabilité analytique doit permettre « aux administrateurs de nos hôpitaux de déceler le point faible de leur organisation »²⁴⁹ et d'y remédier. Elle doit aussi rendre possible des comparaisons entre établissements, notamment dans le but de négocier avec l'Etat – qui demande lui-même ce changement comptable aux hôpitaux – le

²⁴⁶ Voir pp. 260-262.

²⁴⁷ Hôpital de Rolle, procès-verbaux de la commission administrative, 13 avril 1948. C'est moi qui souligne. Les nouveaux administrateurs des hôpitaux new-yorkais issus des milieux économiques rencontrent aussi l'opposition des philanthropes traditionnels et des pasteurs. Ainsi le président du Lutheran Hospital déclare-t-il en 1914 que « notre travail est un travail charitable. Ce n'est pas du business. » David Rosner, op. cit., p. 53.

²⁴⁸ Aux Etats-Unis, l'uniformisation des méthodes comptables est l'une des premières étapes du mouvement de rationalisation qui touche le système hospitalier dans les années 1890-1920. Morris Vogel, « Managing medicine... », op. cit., p. 254.

²⁴⁹ Eugène Zwahlen, « De la nécessité d'utiliser le même plan comptable dans les Hôpitaux Régionaux », in *Veska-Zeitschrift – Revue Veska*, 1951, p. 372.

remboursement des frais effectifs pour l'hospitalisation des indigents. Basée sur le plan comptable de la Société Fiduciaire suisse pour l'hôtellerie, cette nouvelle comptabilité prévoit notamment la séparation des comptes financiers (profits et pertes), d'exploitation médicale et d'exploitation hôtelière. Les soins médicaux ont en effet pris une part grandissante dans les frais d'hospitalisation depuis les années 1930. Il convient donc pour les hôpitaux de mieux connaître les effets financiers de cette modernisation médicale. Le plan comptable de 1950, adopté par le GHRV en 1951, apparaît ainsi comme une étape décisive dans l'application de méthodes scientifiques de travail²⁵⁰ à la gestion hospitalière. Cette véritable standardisation de la comptabilité hospitalière réduit très fortement l'autonomie gestionnaire qui prévalait jusqu'alors dans les hôpitaux régionaux, ce qui peut expliquer le peu d'empressement, voire l'opposition, de certains d'entre eux à la mettre en œuvre. Ainsi, le GHRV explique en 1956 aux récalcitrants la nécessité de ce plan unifié : « Il est toujours difficile de défendre de justes revendications, si les bases même de nos dépenses sont fausses ou ne correspondent pas aux dispositions du plan comptable. »²⁵¹ En fin de compte, les hôpitaux bénéficient financièrement de cette innovation, car elle favorise le remboursement du coût réel de l'hospitalisation des indigents par l'Etat en 1955²⁵², une mesure qui favorise en fin de compte le recours généralisé au plan comptable de Zwahlen dans les hôpitaux régionaux. Celui-ci reste en vigueur jusqu'en 1972, date à laquelle le GHRV décide l'adoption d'une nouvelle comptabilité mise au point au niveau fédéral par la Veska.

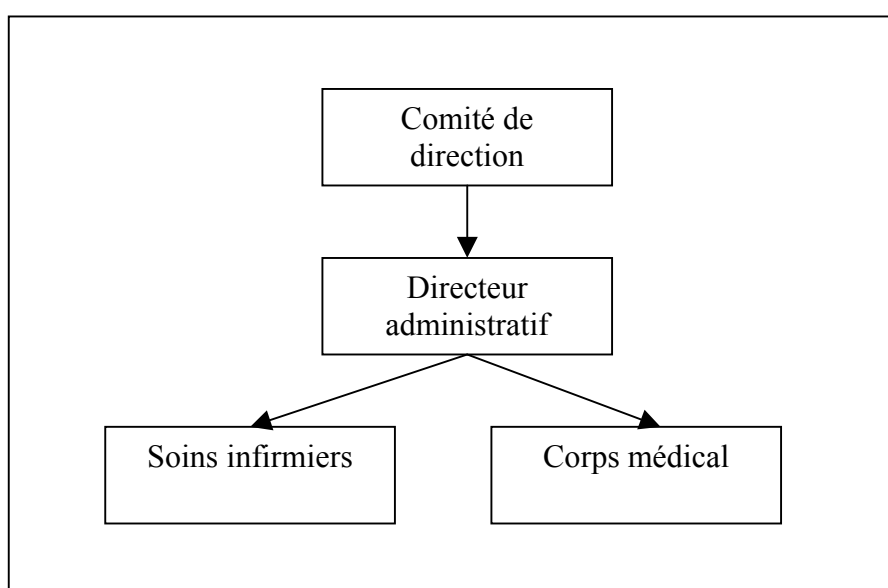
Le second domaine dans lequel intervient le GHRV en faveur de la modernisation administrative des hôpitaux est la professionnalisation de leurs directions. Le nouveau plan comptable, la croissance des hôpitaux, ainsi que les diverses conventions signées au cours des années 1950 nécessitent en effet la présence de personnes aux compétences administratives bien déterminées à la tête des hôpitaux. Ainsi que l'explique Eugène Zwahlen en 1959, « [...] la bonne volonté ne suffit plus. Malgré tout le dévouement et la compétence des membres des différents comités et conseils, il est indispensable que chaque hôpital bénéficie de la collaboration d'une ou d'un secrétaire-comptable ou économiste parfaitement qualifié et normalement rétribué. C'est à ces "fonctionnaires" qu'incombe la responsabilité de questions très importantes telles que les achats, la facturation, la comptabilité pour ne citer que quelques-unes. Il est anormal que des Sœurs directrices, pas préparées pour ces tâches, soient chargées de ces missions. Leur temps, si précieux, serait mieux utilisé, nous semble-t-il,

²⁵⁰ Au sens où l'entendent les milieux actifs dans la rationalisation des entreprises, comme le CESR ou la commission romande de rationalisation. Voir Matthieu Leimgruber, op. cit.

²⁵¹ Archives du GHRV, rapport d'activité du comité, 21 juin 1956.

auprès des malades, à la salle d'opérations ou aux rayons X. »²⁵³ Il faut attendre tout de même le départ des diaconesses au cours des années 1960 pour laisser le champ libre au pouvoir administratif. Des directeurs administratifs sont successivement nommés à l'Hospice orthopédique (1957), à Nyon (1959), à Montreux (1960), à Aigle (1961), à Morges (1964), à l'Hospice de l'Enfance (1966), à Château-d'Oex (1971), à Vevey-Providence (1972), à Aubonne (1975), etc. L'enjeu essentiel des réorganisations des années 1960 est alors de renforcer le pouvoir administratif dans l'hôpital et d'y soumettre le corps médical. Dans l'idéal, c'est l'organisation schématisée ci-dessous qui est recherchée (voir fig. 14).

Fig. 14 Organisation-type recherchée dans les années 1960



Ici aussi, l'intervention du GHRV s'avère déterminante, par l'intermédiaire d'André Golaz, premier gestionnaire d'hôpital issu d'une filière spécifique de professionnalisation, nommé directeur de l'Hôpital de Morges en 1967²⁵⁴. Fils d'un notable radical morgien²⁵⁵, lui-même fortement engagé dans les affaires politiques communales²⁵⁶, il suit en 1968 les cours de l'Ecole nationale française de santé publique de Rennes. Cet établissement, fondé en 1960 par les autorités politiques françaises désireuses de mettre sur pied une formation professionnelle pour les cadres de la santé publique, permet au directeur morgien d'acquérir des compétences

²⁵² Sur les relations entre l'Etat et les hôpitaux régionaux, voir chapitre 4.

²⁵³ Archives du GHRV, procès-verbaux des assemblées générales, 5 juin 1959.

²⁵⁴ Voir la plaquette éditée à l'occasion de son départ à la retraite, *André Golaz, 11 mai 1989*, Morges, Hôpital, 1989, 64 p.

²⁵⁵ Son père, Charles Golaz, est chef de gare et conseiller communal radical (1946-1953).

techniques (organisation d'un hôpital dans le cadre d'une politique hospitalière²⁵⁷) et de développer un réseau de connaissances qui joueront tous deux un rôle déterminant dans la réalisation du Plan hospitalier vaudois²⁵⁸. Enfin, l'influence d'André Golaz est patente dans la réalisation d'un programme de formation professionnelle spécifique à destination des directeurs d'hôpitaux. Il joue un rôle important dans la mise en place d'une filière de professionnalisation pour directeurs d'hôpitaux en Suisse romande, qui se regroupent en une association vaudoise (1972) puis romande (1973)²⁵⁹. Le travail de diplôme de Golaz, réalisé à l'occasion de la conceptualisation d'un nouveau bâtiment hospitalier à Morges (1969), consacre l'idéal de la fonctionnarisation du corps médical. Inspiré dans ses réflexions par l'ouvrage de Marvin Bower *The will to manage*, qui célèbre « la réussite des entreprises par une gestion systématisée »²⁶⁰, Golaz prévoit que « les médecins sont engagés à plein temps »²⁶¹ et que « l'activité médicale extrahospitalière rémunérée devra être exceptionnelle et limitée aux consultations demandées par les confrères. »²⁶² Le passage d'un pouvoir administratif non-interventionniste et relativement libéral à l'égard du corps médical à un pouvoir plus autoritaire et centralisateur n'est toutefois pas une sinécure. La question du statut du corps médical est au cœur des débats sur l'organisation hospitalière dès les années 1960²⁶³.

Les limites du système financier philanthropique

La modernisation des hôpitaux nécessite un engagement financier qui va au-delà du système traditionnel de financement. L'équilibre instable qui permettait le fonctionnement des infirmeries jusque dans les années 1890-1900 est rompu avec l'arrivée des chirurgiens-modernisateurs. Il faut compter en effet avec de fortes dépenses d'investissement – nouveaux bâtiments hospitaliers et modernisation de l'infrastructure médico-technique – que le système philanthropique ne prend pas, sauf exception, à sa charge. Le recours à l'emprunt bancaire est souvent l'unique solution. Mais il faut aussi tenir compte du changement d'échelle qu'implique cette transformation hospitalière : les hôpitaux régionaux prennent en charge un

²⁵⁶ Il reprend en 1954 le siège de son père au conseil communal (1954-1961) puis siège au conseil municipal durant huit ans (1961-1969) où il est en charge des finances puis des écoles dès 1967. Elu syndic en 1967, il refuse son élection pour raison de surcharge de travail.

²⁵⁷ Voir son travail de diplôme intitulé *Hôpital de zone – Réalisation et organisation*, Rennes, ENSP, 1968, 106 p. + annexes

²⁵⁸ Voir chapitre 4.

²⁵⁹ Il s'agit de l'Association des directeurs d'établissements hospitaliers de Suisse romande (ADEHR). Voir ADEHR. *Association des directeurs des établissements hospitaliers de Suisse romande. 20^e anniversaire*, Saignelégier, ADEHR, 1993.

²⁶⁰ André Golaz, *Hôpital de zone...*, op. cit., p. 101.

²⁶¹ Ibidem, p. 56.

²⁶² Ibidem.

nombre toujours plus grand de malades pour lesquels il faut un personnel infirmier en hausse, ainsi que des frais croissants d'entretien (nourriture, médicaments, chauffage, etc.). Pour faire face à cette situation, les hôpitaux régionaux doivent trouver de nouvelles ressources.

L'incidence financière des nouvelles constructions

La construction des nouveaux hôpitaux dans l'entre-deux-guerres entraîne pour la majorité d'entre eux des difficultés qui posent le problème de leur financement. En effet, même si l'Etat intervient de manière importante pour soutenir de nouvelles infrastructures jusqu'en 1936, date à laquelle il décide de suspendre les subsides de construction²⁶⁴, sa participation ne suffit pas à couvrir l'ensemble des dépenses qui dépassent les capacités d'autofinancement et de financement privé (dons). Partout, on doit recourir aux capitaux externes (emprunt bancaire) qui mènent les hôpitaux à une dépendance financière. Plusieurs établissements font des emprunts pour financer le développement de leur maison. Montreux emprunte 400'000 francs en 1927 ; Aigle 300'000 francs en 1932 ; Orbe 200'000 francs en 1932 ; Le Sentier 60'000 francs en 1934 ; Nyon 230'000 francs en 1938 ; Payerne 120'000 francs en 1940²⁶⁵. A ces emprunts s'ajoute une très importante contribution de l'Etat, ainsi que des fonds propres et des dons.

Tab. 37 Financement de la construction d'un hôpital : l'exemple de l'Hôpital de Nyon, 1938²⁶⁶

	Participation en frs	Participation en %
Commune de Nyon	15'000.-	1.8
Canton de Vaud	78'000.-	9.3
Confédération	96'445.-	11.5
Emprunt bancaire	230'000.-	27.3
Hôpital (fonds propres + dons)	421'863.-	50.1
Total	841'308.-	100.0

La charge financière (intérêts et amortissements) représente généralement entre 5 et 15% des dépenses d'exploitation. Elle se monte à 11% des dépenses d'exploitation à Vevey-Samaritain en 1930 ; 12% à Montreux en 1930 ; 10% à Orbe en 1935 ; 5% à Aubonne en 1938 ; 7% à Rolle en 1939 ; 8% à Sainte-Croix en 1949. La charge financière est particulièrement forte à Nyon. En effet, l'hôpital ouvert en 1938 est très coûteux et engloutit recettes, bénéfices et

²⁶³ Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 254-257.

²⁶⁴ Voir chapitre 4.

²⁶⁵ Rapports annuels des divers établissements.

²⁶⁶ Gustave Piotet, op. cit., p. 69.

fortune : en 1940, les charges financières se montent à 79'000 francs sur un total de 202'150 francs de dépenses, soit 39%. Quant aux administrateurs de l'Hôpital de Sainte-Croix, ils écrivent en 1950 : « [...] dès 1951, nous aurons à trouver annuellement les fonds nécessaires au paiement des intérêts de l'emprunt et de l'amortissement, soit au total près de Fr. 38'000.-. C'est donc une somme considérable qu'il s'agira de trouver en plus des fonds nécessaires à l'exploitation de l'hôpital. »²⁶⁷ L'Hôpital de la Providence à Vevey connaît des problèmes similaires. Le nouveau bâtiment ouvert en 1935 nécessite un emprunt de plus de 260'000 francs – soit près de dix fois le budget annuel²⁶⁸ – qu'il est très difficile d'amortir : la charge financière engloutit encore plus de 20% des recettes d'exploitation en 1950. Les années 1940 et 1950 sont très largement déficitaires en raison de cette trop lourde charge.

Ce n'est pas uniquement le coût de l'investissement qui pose problème aux divers hôpitaux mais aussi des frais de fonctionnement en très forte croissance. A Aubonne par exemple, un nouveau bâtiment est ouvert en 1930, financé en partie par un emprunt de 150'000 francs, dont l'amortissement était prévu par des ventes. Mais les années 1931-1933 laissent un déficit d'exploitation cumulé de 27'840 francs sans paiement des charges financières. Les ventes de 1930 et 1932 procurent au total une somme de 33'848 francs qui est consacrée à l'amortissement. En fin de compte, les administrateurs demandent une hausse de la contribution de l'Etat et essaient d'impliquer les communes dans le financement²⁶⁹.

Tab. 38 Evolution des sources de financement de l'Hôpital d'Yverdon, 1910-1950

	1910	1930	1950
Dépenses totales (en frs courants)	42'940	107'847	568'413
Recettes totales (en frs courants)	48'548	112'872	564'061
Recettes propres (en %)	4.2	9.5	0
Dons (en %)	29.6	10.0	3.7
Pensions (en %)	66.2	80.5	96.3

La situation est similaire à Yverdon, où l'ouverture du nouvel hôpital en 1939 entraîne de graves difficultés financières dans les années 1940. Les pensions ne suffisent pas à payer les frais hôteliers et médicaux. En 1945, on a des recettes totales s'élevant à 383'678 francs, composées des pensions (98%) et de recettes privées (2%), alors que les dépenses se montent

²⁶⁷ Hôpital de Sainte-Croix, rapport annuel, 1950, p. 4

²⁶⁸ En 1930, les dépenses d'exploitation de cet établissement se montent à 28'382 francs.

²⁶⁹ ACV, K VIII D 4, mémoire présenté par le Comité de l'Infirmierie d'Aubonne sur la situation financière de cet Etablissement, 7 juin 1934.

à 429'676 francs, dont 422'505 d'entretien des malades (98%, dont 29% de charge salariale) et 7'171 francs de charge financière (2%), soit un montant tout à fait supportable. Pour remédier à cette situation, on organise une vente en 1946, mais les difficultés subsistent²⁷⁰.

La très forte hausse des ressources nécessaires au fonctionnement de l'Hôpital d'Yverdon n'est pas le reflet de l'inflation²⁷¹ mais bien du développement tant quantitatif que qualitatif de l'établissement. Le nombre de malades pris en charge passe en effet de 511 en 1910 à 791 en 1930 et 2'186 en 1950. Parallèlement à cette croissance de la capacité d'accueil, la modernisation de l'environnement médico-technique (radiologie, laboratoires, etc.), ainsi que la professionnalisation et la densification du personnel soignant²⁷², se traduisent par une forte hausse du coût de la prise en charge des malades. Une journée d'hospitalisation revient en 1910 à 2.78 francs. Elle se monte à 4.12 francs en 1930 et à 13.45 francs en 1950. Ce phénomène est extrêmement important car la subvention cantonale aux hôpitaux régionaux est calculée sur la base du nombre de journées d'hospitalisation des malades indigents. L'indexation du subside ne suffit donc pas à couvrir un coût de revient en constante hausse et les hôpitaux régionaux n'auront de cesse de revendiquer une augmentation de l'aide étatique et la couverture réelle des coûts d'hospitalisation²⁷³.

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

La crise de la philanthropie

La philanthropie hospitalière est en crise au cours de l'entre-deux-guerres. Ce phénomène n'est pas propre au canton de Vaud, puisque des établissements comme l'Hôpital Pourtalès à Neuchâtel ou l'Hôpital Butini à Genève font face à des difficultés financières très importantes à la même époque²⁷⁴. Le saut qualitatif qui s'opère dans les hôpitaux durant les années 1920 et 1930 rompt avec le modèle paternaliste mis en place au 19^e siècle, tout en rendant les nécessités financières beaucoup plus larges. En effet, l'adoption de méthodes rationnelles et

²⁷⁰ Hôpital d'Yverdon, rapports annuels, 1910-1950.

²⁷¹ Selon l'indice des prix à la consommation, l'inflation est de 137% entre 1910 et 1950. Calculée en francs constants, la hausse des ressources hospitalières est de 390% durant ces années. Source : *Annuaire statistique de la Suisse*, Berne, 1910-1950.

²⁷² La charge salariale représente 13.9% des dépenses d'exploitation en 1910 et 39.1% en 1950.

²⁷³ Voir chapitre 4.

²⁷⁴ Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 214-216.

uniformisées de gestion anonymise fortement la relation entre philanthropes et hospitalisés qui était à la base des infirmeries du 19^e siècle. Désormais, les malades sont pris en charge dès leur entrée à l'hôpital par les médecins et les économes salariés de manière uniformisée. Les cas ne sont plus discutés en commission d'hospitalisation. Il n'y a plus de confrontation directe entre les philanthropes et "leurs" malades. Ce phénomène joue fortement en défaveur de l'engagement financier des mécènes traditionnels. Certes, ils continuent à soutenir les hôpitaux mais de manière plus sporadique et moins démonstrative.

Les hôpitaux spécialisés lausannois sont une bonne illustration du phénomène. On y observe une tendance identique des dons à la baisse compensée par une forte croissance des pensions de malades. En dépit des fortes différences entre ces trois établissements, les pensions sont devenues la principale source de revenus en 1940.

Tab. 39 Structure des revenus dans les établissements philanthropiques lausannois, en %, 1910-1940²⁷⁵

	Hospice de l'Enfance				Hospice orthopédique				Asile des aveugles			
	1910	1920	1930	1940	1911	1921	1930	1940	1910	1920	1930	1940
Propres	9	4	3	1	4	16	1	0	21	37	25	22
Pensions	29	68	65	75	84	75	93	95	15	30	33	44
Dons	60	25	29	22	11	7	6	5	59	25	27	26
Divers	2	3	3	2	0	1	0	0	5	8	15	16

La chute des dons s'opère déjà au cours des années 1900 à l'Hospice orthopédique, peut-être en raison des tentatives de modernisation de la prise en charge médicale des patients des Drs Perret et Nicod, qui trahissent aux yeux de certains l'esprit philanthropique de l'institution²⁷⁶. La part des dons se monte encore à 41% des recettes en 1902 mais n'est plus que de 11% en 1911. Par la suite, le rapprochement précoce de l'Hospice orthopédique avec des institutions étatiques (Hôpital cantonal, Faculté de médecine) joue en défaveur d'une reprise des dons. Quant à l'Asile des aveugles, il se caractérise par l'importance de sa fortune propre – ses capitaux se montent à 531'282 francs en 1920 et 637'345 francs en 1940 – dont les intérêts représentent à eux seuls près du quart des ressources, ainsi que par la participation croissante des écolages de l'Institut pour jeunes aveugles (dans la rubrique « divers ») dans la vie de l'institution. Enfin, l'Hospice de l'Enfance suit le modèle classique observé dans le cas des hôpitaux régionaux. Il connaît un développement généralisé dans le cadre du nouveau

²⁷⁵ Rapports annuels des différents établissements, 1910-1940.

²⁷⁶ Voir chapitre 1, pp. 57-61.

bâtiment ouvert en 1910, avec un service médical dédoublé. Le nombre d'enfants hospitalisés, qui oscillait aux alentours de 220-230 par année depuis la fin des années 1870 passe à 429 en 1920, 544 en 1930 et 801 en 1940. Conséquence de cette croissance, les dépenses d'exploitation sont en forte hausse et passent de 22'451 francs en 1910 à plus de 115'000 francs en 1940. Ce changement d'échelle est ainsi défavorable à la participation privée. Les ressources limitées de l'Hospice de l'Enfance ne permettent pas de subvenir aux besoins d'un établissement en permanente croissance, si bien que les exercices déficitaires se succèdent : entre 1910 et 1955, on ne connaît que 13 années bénéficiaires sur 46.

Tab. 40 Structure des revenus de l'Institution de diaconesses de Saint-Loup, en %, 1910-1940²⁷⁷

	1910	1920	1930	1940
Ressources propres	0.5	8.2	2.2	0.9
Dons	74.2	41.0	5.4	2.9
Pensions de malades	7.2	17.3	31.5	42.4
Hôpitaux ²⁷⁸	18.0	33.3	59.1	53.0
Divers	-	0.2	0.8	1.8

A Saint-Loup, haut-lieu de la philanthropie romande par excellence, on assiste à une véritable crise existentielle, puisque, dès la fin des années 1920, les dons occupent une place marginale dans les ressources de l'établissement. Comme d'autres institutions, Saint-Loup reporte une large part du coût de son développement sur les hospitalisés. La participation des hôpitaux employant des diaconesses devient aussi une source majeure de revenus : cet argent permet de financer le développement de l'Hôpital de Saint-Loup qui est aussi, avec l'Hôpital cantonal de Lausanne, un important lieu de formation pour les diaconesses qui exercent ailleurs en Suisse romande.

Enfin, dans les autres établissements, la situation est identique. En 1920, les administrateurs de l'Hôpital de Montreux affirment être « entièrement dépendants de la charité privée. »²⁷⁹ Il est vrai que cette année-là les dons se montent à 40% des ressources de l'établissement. Ils chutent très fortement après l'ouverture du nouvel hôpital (1927) : leur part n'atteint pas 2% des recettes en 1930. Dans ces conditions, les administrations hospitalières doivent trouver des ressources autres que la traditionnelle contribution des philanthropes. Le Dr Gustave Piotet déclare en 1961 « qu'un hôpital doit pouvoir tourner par ses propres moyens et qu'il ne

²⁷⁷ Institution de diaconesses de Saint-Loup, rapports annuels, 1910-1940.

²⁷⁸ Il s'agit de ce que payent les hôpitaux employant des diaconesses à la maison-mère de Saint-Loup. En plus de cette contribution, les hôpitaux offrent la pension et la couche aux diaconesses, ainsi qu'une petite somme d'argent.

faut plus compter sur la charité [...]. »²⁸⁰ Il pense à une intervention plus forte d'acteurs jusque-là secondaires (Etat, assurances, malades eux-mêmes) en faveur du remboursement des hospitalisations.

Les pensions des malades : Etat, assurances et clientèle privée

Dans cette structure de financement, l'augmentation du prix de la journée d'hospitalisation apparaît comme une solution facilement réalisable et qui ne remet pas fondamentalement le système en question. On reporte ainsi les nouvelles charges sur les hospitalisés eux-mêmes ou, indirectement, sur les collectivités publiques (Etat et communes) et les assurances qui les subventionnent. D'une manière générale, on peut affirmer que les hôpitaux n'hospitalisent plus de malades gratuitement. Ainsi, les pensions des malades deviennent rapidement la principale source de revenus des hôpitaux régionaux. En 1930, elles représentent 70% des recettes d'exploitation à Bex²⁸¹, 76% à Montreux, 63% à Morges, 81% à Nyon²⁸², 63% à Vevey-Samaritain, 80% à Yverdon, etc. La tendance ne fait que s'accroître dans les années 1940 et 1950.

L'Etat, qui prend en charge légalement l'hospitalisation des malades indigents, reste un partenaire financier essentiel, bien que ses subsides ne suivent pas la croissance du développement des hôpitaux régionaux²⁸³. La participation étatique est toujours calculée sur la base d'un prix déterminé de la journée d'hospitalisation prise en charge par l'Etat dans les hôpitaux régionaux. Or, la valeur de la journée d'hospitalisation remboursée par l'Etat n'évolue que lentement au cours de l'entre-deux-guerres et couvre de moins en moins le coût réel de journée d'hospitalisation – soit le total des dépenses d'exploitation divisé par le nombre total de journées d'hospitalisation – qui est en très forte hausse à cause de la croissance des coûts fixes. Des années 1920 aux années 1940, les hôpitaux régionaux n'ont cessé de revendiquer une augmentation de la participation de l'Etat. Cette position les amène à se regrouper en 1930 en un lobby bien structuré, l'Association des Infirmeries vaudoises (AIV)²⁸⁴.

²⁷⁹ Hôpital de Montreux, rapport annuel, 1920, p. 7

²⁸⁰ Archives du GHRV, procès-verbaux des assemblées générales, 28 septembre 1961.

²⁸¹ Chiffres pour 1931.

²⁸² Chiffres pour 1927.

²⁸³ Sur le rôle de l'Etat dans le financement du système hospitalier, voir chapitre 4.

²⁸⁴ Voir Pierre-Yves Donzé, *Du lobbying au partenariat : la Fédération des hôpitaux vaudois, 1903-2003*, Aigle, FHV, 2003, 14 p.

Encore quasi inexistantes en 1900, les assurances-maladies interviennent plus fortement au cours de l'entre-deux-guerres. Pour l'ensemble de la Suisse, les caisses de secours mutuels reconnues – et subventionnées – par l'Etat consacrent en 1933 une somme totale de 9.3 millions de francs pour les frais hospitaliers de leurs membres, soit 11.7% de leurs dépenses²⁸⁵, alors que cette proportion n'était, pour la Suisse romande, que de 0.3% en 1895²⁸⁶. Les assurances-maladies consacrent donc de plus en plus de leur argent aux frais hospitaliers, ce qui permet un accès plus large des classes moyennes et populaires aux soins hospitaliers et garantit par la même occasion aux hôpitaux modernisés une partie de leurs revenus²⁸⁷. L'entrée en activité de la Caisse nationale d'assurance (CNA) en 1918 favorise le développement de l'hospitalisation des victimes d'accidents et assure un revenu aux hôpitaux vaudois qui signent une convention avec la CNA dès son entrée en vigueur²⁸⁸. A Montreux, les diverses assurances prennent en charge 9% des journées d'hospitalisation en 1920 et 8% en 1930 ; en 1938, elles financent les hospitalisations de 155 malades sur 868, soit 17%.

Enfin, les malades eux-mêmes assument de plus en plus leur propre hospitalisation. Les progrès de la médecine hospitalière, notamment dans le domaine chirurgical, appellent à l'hôpital toute une population non indigente qui paie elle-même les soins reçus. Les hôpitaux construits dans la première partie du 20^e siècle possèdent généralement des chambres à un ou deux lits pour les malades aisés. A Nyon, en 1922, le prix de la journée de pensionnaire est doublé et passe de 6 à 12 francs. Les pensions payées par la clientèle privée représentent cette année-là 1.6% des journées totales et 5.2% des pensions payées²⁸⁹. Lors de la discussion du financement de la réorganisation générale de l'Hôpital de Rolle en 1945-1946, un administrateur affirme d'ailleurs que « la plupart des frais peuvent être récupérés sur les notes aux malades. »²⁹⁰ A Montreux, 56% des malades s'acquittent eux-mêmes de leur pension en 1950. En 1961, on songe même à l'Hôpital de la Providence de Vevey « de refuser en salle commune des malades de situation financière aisée. »²⁹¹

Cependant, après 1945, le développement des assurances-maladie et l'augmentation de la population couverte favorisent le transfert de charge des malades eux-mêmes aux assurances.

²⁸⁵ *Bulletin de la Fédération des Sociétés de secours mutuels de Suisse romande*, 1936, p. 126.

²⁸⁶ *Bulletin de la Fédération des Sociétés de secours mutuels de Suisse romande*, 1897, pp. 308-309.

²⁸⁷ Paul Starr a montré que le développement des assurances maladie privées au cours des années 1920 aux Etats-Unis s'explique par la volonté des classes moyennes de se garantir un accès aux établissements hospitaliers modernisés et à ces derniers de s'assurer une large clientèle. Le système d'assurance américain est ainsi très largement contrôlé au départ par les médecins en poste dans des hôpitaux. Paul Starr, *op. cit.*

²⁸⁸ Sur la CNA, voir l'ouvrage commémoratif 1918-1968, *La Caisse nationale cinquantenaire*, Lucerne, CNA, 1968, 132 p.

²⁸⁹ Gustave Piotet, *op. cit.*, p. 42.

²⁹⁰ Hôpital de Rolle, procès-verbaux du bureau, 8 février 1946.

L'Etat, en collaboration avec le GHRV, intervient dans les années 1950 afin de garantir l'hospitalisation de l'ensemble de la population dans un contexte de forte hausse des coûts. Le Dr Piotet déclare à ce propos que « par suite du prix de la médecine [...] la majorité des hospitalisés deviennent "indigents" plus ou moins à la charge de l'Etat. »²⁹²

L'intervention tardive des communes

Tout aussi importantes soient-elles, ces augmentations des prix de pension ne suffisent pas à pallier les manques du système philanthropique de financement. Il faut alors faire appel à la contribution directe de nouveaux partenaires : les communes. Jusqu'alors, elles n'interviennent en effet pas dans le financement du budget d'exploitation par des subventions annuelles, mais y participent tout de même indirectement avec le paiement des frais d'hospitalisation de leurs indigents, une charge qui incombe traditionnellement aux communes. La gestion d'un établissement hospitalier fait partie des nouveaux secteurs de l'intervention publique à la fin du 19^e siècle, pour lesquels on observe une tendance à la prise en charge des dépenses par l'Etat central, les collectivités locales assumant le développement de charges plus anciennes (assistance, écoles, etc.)²⁹³. Cependant, ce mode de fonctionnement, en ce qui concerne la gestion des hôpitaux régionaux, est remis en question par le redéploiement de ces établissements à la fin de l'entre-deux-guerres.

C'est souvent la construction de nouveaux bâtiments qui, en rompant l'équilibre précaire des finances, pose la question du financement public. La participation des communes ne se fait toutefois pas sans peine. Très souvent, elles acceptent une contribution volontaire en faveur de l'hôpital mais refusent d'officialiser ces dons (Aubonne, Morges, Orbe, Payerne, Sainte-Croix, Vevey-Providence, Vevey-Samaritain, Yverdon). Dans ce cas, les aides communales restent très limitées. A titre d'exemple, le soutien financier de la commune de Vevey à l'Hôpital de la Providence se monte à 300 francs en 1940, puis à 500 francs en 1950 et 1'000 francs en 1960. Quant aux communes du district d'Aubonne, leurs subsides représentent 4-5% des ressources de l'hôpital dans les années 1930-1950. Dans le district d'Oron, les délégués des communes refusent en 1923 la proposition de la Ligue vaudoise contre la tuberculose de créer un fonds pour une infirmerie « vu les gros sacrifices qui seraient imposés aux

²⁹¹ Archives du GHRV, procès-verbaux des assemblées générales, 28 septembre 1961.

²⁹² Hôpital de Nyon, procès-verbaux de la commission administrative, 26 juin 1954.

²⁹³ André Lasserre, *Finances publiques et développement. Le canton de Vaud, 1831-1913*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 1980, principalement pp. 389-390.

Communes. »²⁹⁴ Les collectivités locales ne sont donc pas des promoteurs du développement hospitalier dans le canton de Vaud.

C'est lors des agrandissements et des nouvelles constructions de bâtiments des années 1950 et 1960 que les communes commencent à intervenir de manière massive dans le financement hospitalier, suivant en cela l'exemple précurseur de Montreux²⁹⁵, notamment dans le but de garantir les emprunts bancaires nécessaires. La plupart des hôpitaux construits durant cette période nécessitent en effet une aide des communes (districts d'Yverdon et de Grandson 1955, de Vevey 1956, de Payerne 1957, d'Aigle 1959, d'Aubonne 1960, d'Orbe 1962, de Nyon 1962, de Morges 1968)²⁹⁶.

Dans le canton de Vaud, les hôpitaux régionaux restent donc fortement indépendants des collectivités publiques locales jusque dans les années 1950, comme on peut l'observer ailleurs en Suisse romande²⁹⁷. Lorsque des difficultés de trésorerie apparaissent, les hôpitaux régionaux se tournent en premier lieu vers l'Etat et non vers les communes, déjà fortement engagées dans d'autres secteurs²⁹⁸.

Quelques exemples de gestion hospitalière

Si les infirmeries locales présentent un modèle d'organisation, de gestion et de financement relativement homogène jusque dans l'entre-deux-guerres, ce n'est plus le cas par la suite. L'évolution contrastée que connaît le territoire vaudois durant les Trente Glorieuses – forte croissance des zones urbaines de l'arc lémanique et des régions industrialisées parallèlement à une stagnation des régions périphériques²⁹⁹ – touche directement la gestion des infirmeries. Les diverses restructurations dont sont l'objet ces établissements et leur transformation en hôpitaux investis par les chirurgiens-modernisateurs aboutissent à une différenciation marquée entre certains petits établissements périphériques (Aubonne, Bex, Château-d'Oex, etc.) et d'autres situés dans des bourgs ruraux (Aigle, Payerne, Orbe, etc.) ou des centres urbains (Montreux, Vevey, Yverdon, etc.). Les dynamiques économiques et démographiques

²⁹⁴ ACV, QG 349. Projet d'infirmerie du district d'Oron, procès-verbal de l'assemblée des communes du district d'Oron, 2 novembre 1923.

²⁹⁵ Les communes du cercle de Montreux participent dès le milieu des années 1920 au financement de l'exploitation de l'Hôpital.

²⁹⁶ Rapports annuels des établissements.

²⁹⁷ Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 210-211.

²⁹⁸ André Lasserre affirme en effet que pour la période 1831-1913, « la modernisation du pays et l'extension des charges ont reposé plus sur les communes que l'Etat. ». Les nouveaux domaines d'intervention, tels que les dépenses hospitalières, sont toutefois largement prises en charge par l'Etat. André Lasserre, op. cit., p. 389.

²⁹⁹ Voir pp. 249-250.

propres à ces différentes régions, notamment la structure du marché médical, expliquent très largement le type d'hôpitaux régionaux qui s'y affirment.

a) Les difficultés financières des établissements périphériques suite à la modernisation de leur équipement : le cas de l'Hôpital d'Aubonne³⁰⁰

Le redéploiement de l'Infirmier d'Aubonne à la fin des années 1920 correspond à l'arrivée du Dr Gustave Piotet comme chirurgien-consultant. Jusque-là, ce petit établissement qui hospitalise moins de 300 personnes par année fonctionne sur un mode philanthropique traditionnel reposant sur la direction interne des diaconesses, un service médical organisé sur le mode du tournus et un financement dépendant dans une large mesure des dons et des revenus d'une petite fortune immobilière.

Peu après l'arrivée de Piotet (1927), le comité de direction décide un nouvel agrandissement qui doit porter la capacité d'accueil à 55 lits mais qui nécessite un emprunt bancaire de 150'000 francs³⁰¹. L'hôpital transformé est ouvert en 1930 et entraîne rapidement les critiques du Département de l'Intérieur qui estime l'établissement surdéveloppé pour les besoins régionaux³⁰². Il connaît toutefois une croissance importante et voit le nombre de ses malades passer à 350 en 1940, 433 en 1950 et 560 en 1960, avec une durée de séjour moyen en baisse (30.4 jours en 1915 et 23.1 jours en 1960).

Au niveau gestionnaire, l'établissement connaît des exercices difficiles jusqu'en 1950. Pour l'ensemble de la période 1938-1950, le résultat brut d'exploitation ne représente en effet qu'une somme de 6'541 francs, qui s'avère tout à fait dérisoire pour effectuer les amortissements nécessaires et rembourser la dette hypothécaire. La fortune de l'infirmier perd ainsi plus d'un quart de sa valeur entre 1940 (190'663 francs) et 1950 (136'807 francs). Il y a donc un déficit chronique de l'institution qui peut s'expliquer par un manque général de ressources nécessaires à la couverture des dépenses. La structure des revenus est similaire à celle observée ailleurs : les pensions de malades dominent avec 79.6% des recettes ; viennent ensuite les dons (14.5%), les subsides communaux (4.8%) et les recettes propres (1.1%)³⁰³. Ces recettes ne permettent pas de couvrir l'ensemble des dépenses mais sont difficilement extensibles. Tout d'abord, les pensions de malades dépendent largement de conventions

³⁰⁰ Hôpital d'Aubonne, rapports annuels, diverses années.

³⁰¹ ACV, K VIII D 4, Mémoire présenté par le Comité de l'Infirmier d'Aubonne sur la situation financière de cet Etablissement, 7 juin 1934.

³⁰² ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 1933. L'Infirmier d'Aubonne se situe en effet à moins de dix kilomètres de celles de Morges et de Nyon.

³⁰³ Moyenne des exercices 1938-1950.

signées avec des partenaires extérieurs (Etat, communes, assurances, etc.) qui définissent le montant de la journée d'hospitalisation et ne sont pas indéfiniment extensibles, d'autant plus qu'on a affaire à un type de clientèle aux moyens financiers limités. Alors que, dans de nombreux hôpitaux régionaux, la modernisation de l'équipement est financée par l'arrivée d'une nouvelle clientèle hospitalière rentable, celle-ci semble faire défaut à Aubonne. Les recettes du service de radiologie, qui sont un bon indicateur de la rentabilité de la clientèle, ne prennent en effet pas autant d'importance que dans d'autres hôpitaux régionaux : en 1950, elles atteignent le montant maximum de 3'814 francs, soit 3.6% de l'ensemble des recettes³⁰⁴. Le nouvel hôpital d'Aubonne mis en service en 1930 n'est donc financièrement pas en adéquation avec le marché médical local, ce qui explique largement la structure déficitaire de ses comptes. Il répond d'abord à une demande sociale de la part des notables locaux qui le dirigent, peut-être influencés par le Dr Piotet³⁰⁵, désireux de disposer d'un établissement similaire à ceux des petite villes voisines. Cependant, cette élite locale n'a pas les moyens de ses ambitions. D'une part, malgré l'organisation de ventes dès 1940, les recettes privées peinent à assurer seules le développement de l'institution. Le contexte général de crise de la philanthropie, lié aux ressources limitées d'une élite locale essentiellement viticole, restée en marge de l'industrialisation³⁰⁶, s'avère défavorable à l'extension de ce type de ressources. D'autre part, les communes du district participent déjà au financement volontaire de l'établissement, à hauteur d'un subside annuel moyen de 4'066 francs en 1938-1950.

En fin de compte, c'est à sa participation au syndicat des hôpitaux régionaux, le Groupement des Hôpitaux régionaux vaudois (GHRV), que l'Hôpital d'Aubonne doit une large part de sa pérennité. Le GHRV négocie en effet dès le début des années 1950 avec l'Etat, puis les assurances, des conventions d'hospitalisation qui couvrent les frais d'exploitation des divers établissements du canton³⁰⁷. Cela se traduit à Aubonne par une hausse substantielle des ressources provenant des pensions de malades (89.6% des recettes en moyenne pour les années 1950-1960), malgré la manque d'ouverture vers une clientèle privée rentable³⁰⁸. Les

³⁰⁴ Dans les établissements qui bénéficient d'une clientèle rentable plus large, cette proportion se monte souvent à plus de 10%. Elle est par exemple de 10.7% à Aigle 10.7%, de 9.5% à Montreux 9.5% et de 11.0% à l'Hôpital cantonal (1949).

³⁰⁵ Le Dr Piotet dispose pourtant déjà d'une infrastructure hospitalière modernisée à Nyon pour ses besoins professionnels.

³⁰⁶ La population de la bourgade d'Aubonne ne connaît qu'une croissance extrêmement limitée durant la période 1850-1950 : elle passe en effet de 1'730 habitants en 1850 à 1'736 en 1900 et 1'682 en 1950. Aubonne n'est pas relié au chemin de fer Lausanne-Genève, ouvert en 1858, et ne connaît pas d'entreprise industrielle, hormis la poudrière fédérale de La Vaux, fondée en 1853. « Aubonne », in *DHS*.

³⁰⁷ Voir chapitre 4.

³⁰⁸ Les recettes du service de radiologie, comprises dans les pensions de malades, se montent en moyenne à 7.4% pour les années 1950-1960.

années 1950 permettent de confortables bénéfices. La fortune se monte à 194'626 francs en 1960 et le comité directeur envisage un nouvel agrandissement, réalisé en 1961, qui porte la capacité d'accueil à 65 lits.

b) L'industrialisation des hôpitaux de bourgs ruraux : le cas de l'Hôpital de la Broye³⁰⁹

L'Hôpital de la Broye, à Payerne, est un bon exemple de la dimension financière des modernisations qui touchent les établissements hospitaliers des bourgs ruraux. Relativement vaste et peu concurrentiel – souvent l'hôpital régional est le seul établissement de la région – le marché médical s'avère favorable à l'amortissement des nouveaux équipements et au fonctionnement de l'hôpital modernisé.

Sa capacité d'accueil double entre 1902 (55 lits) et 1940 (100 lits). Le graphique ci-dessous illustre tout à fait la saturation de l'établissement dans les années 1920 et 1930, avec un plafonnement des hospitalisations aux alentours de 600 malades par année. L'ouverture du nouvel hôpital en 1940 permet de doubler le nombre de personnes prises en charge annuellement (1'415 en 1950). Dans le même temps, on assiste à la modernisation de l'équipement (rayons X 1931, nouvelle salle d'opérations 1934). Reflet de cette modernité médicale, la durée de séjour moyen passe de 28.8 jours en 1920 à 19.4 en 1935 et 14.0 en 1950.

Le nouvel hôpital inauguré en 1940 représente un saut qualitatif et quantitatif qu'il faut financer. L'Hôpital de la Broye présente jusque-là une bonne situation financière. Il ne connaît que deux années déficitaires avant la construction du nouvel hôpital (1923 et 1924), ce qui permet une hausse de la fortune. Celle-ci est de 11'224 francs en 1921 puis de 100'957 francs en 1930 et de 145'005 francs en 1935. Les intérêts de cette fortune deviennent un élément important des ressources d'exploitation : ils représentent 2% des recettes en 1921 et 8% en 1938. Cette thésaurisation permet ainsi aux administrateurs de construire de nouveaux bâtiments en 1938-1939 sans trop de difficultés financières. Ils se limitent à un emprunt de 120'000 francs, ce qui est peu en regard de certains hôpitaux³¹⁰, mais l'essentiel de la fortune y passe : celle-ci n'est plus que de 5'000 francs en 1940 et ses intérêts se montent à moins de 1% des recettes d'exploitation.

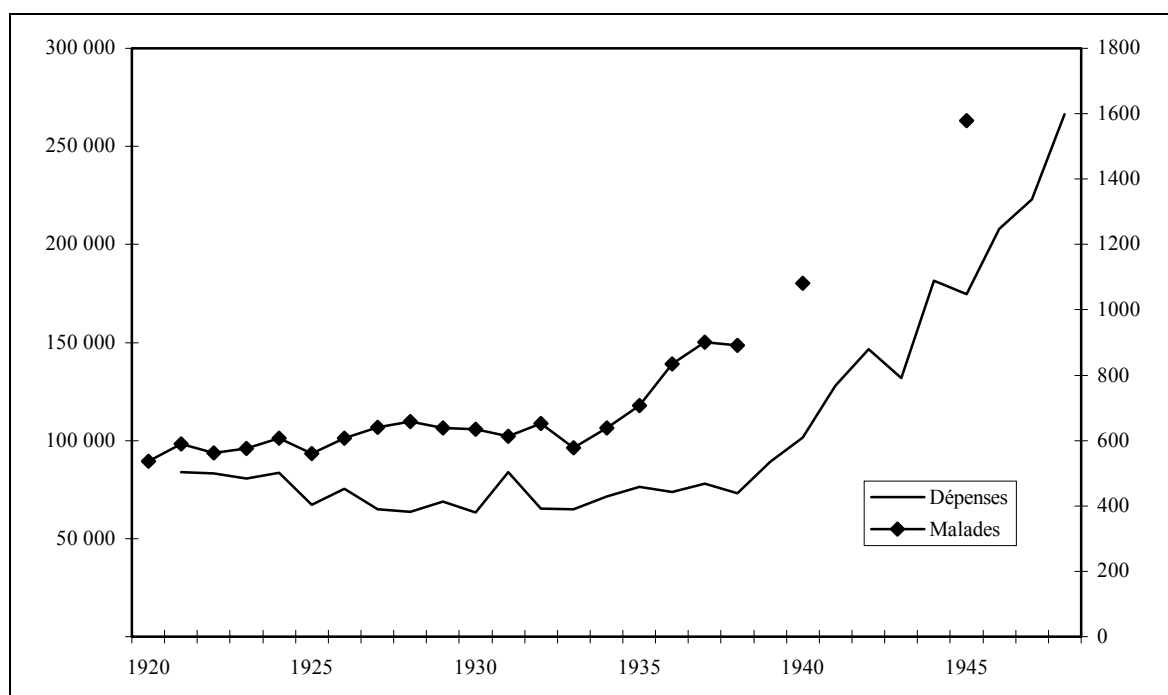
Si les dépenses d'investissement faites en 1938-1939 ne sont pas un problème pour l'établissement de la Broye, il n'en est pas de même des dépenses d'exploitations. Le changement d'échelle rompt l'équilibre instable du système financier philanthropique. La

³⁰⁹ Hôpital de Payerne, rapports annuels, 1920-1950.

prise en charge d'un nombre croissant de malades implique logiquement la forte hausse des dépenses d'exploitation, qui sont pratiquement multipliées par trois en une dizaine d'années. Il y a en effet une très forte corrélation entre la hausse des dépenses d'exploitation et celle du nombre de malades hospitalisés (voir graph. 20 ci-dessous).

Or, cette croissance des besoins financiers implique une tendance à la hausse des ressources, à laquelle les canaux philanthropiques traditionnels ne répondent pas. En chiffres absolus, la part privée (dons) reste globalement la même, avec une moyenne annuelle de près de 25'000 francs pour la période 1921-1948. Mais cette participation, si elle se monte à 27.4% des revenus en 1921, diminue très fortement et continuellement, dans le contexte de croissance des ressources, si bien qu'elle n'est plus que de 12.5% en 1948. Pourtant, malgré la forte tendance à la baisse de la part des dons dès les années 1930, la charité privée sait se mobiliser pour des actions précises. La vente organisée en 1939 pour le nouvel hôpital, ainsi que les dons de cette année, rapportent en effet 39'090 francs, comptabilisés dans les recettes d'exploitations mais qui servent à payer les nouveaux bâtiments.

Graph. 20 Malades hospitalisés et dépenses d'exploitations (en francs) à l'Hôpital de Payerne, 1920-1948³¹¹



³¹⁰ Voir ci-dessus p. 279.

³¹¹ Hôpital de Payerne, rapports annuels, 1920-1948.

En fin de compte, l'absorption de la fortune dans les dépenses d'investissement et la crise de la philanthropie ne laissent que peu de choix aux administrateurs de l'établissement, qui reportent l'essentiel du coût de la croissance sur les malades. Les pensions, qui rapportaient en moyenne 63.1% des recettes en 1921-1930, se montent à 76.8% en 1940 et à 86.9% en 1948.

Or, on assiste à une très forte tendance à la baisse des pensions – dans lesquelles sont comprises les taxes de radiologie et de salle d'opérations – financées par l'Etat. Avant la modernisation de l'établissement, l'Etat prend en charge près de la moitié du montant global des pensions, comme il le faisait à la fin du 19^e siècle (52.5% en 1899 ; 57.8% en 1907). Durant la période 1923-1935, la part de l'Etat est relativement stable et oscille autour d'une moyenne de 33.0%. La rupture a lieu au milieu des années 1930 et correspond très exactement à la mise en service de la nouvelle salle d'opérations (1934) et au retour du chirurgien Charles Yersin (1935). La part des pensions étatiques est en chute libre (34.4% en 1935 ; 15.7% en 1940 ; 7.5% en 1947) et révèle l'arrivée d'une nouvelle clientèle hospitalière : désormais, les malades des classes moyennes et aisées, dont l'hospitalisation n'est pas prise en charge par l'Etat, viennent se faire soigner dans l'hôpital de la localité réorganisé et modernisé, au financement duquel ils participent ainsi directement.

c) La modernisation d'un hôpital urbain : le cas de l'Hôpital de Montreux³¹²

Enfin, abordons l'exemple d'un hôpital situé dans un centre urbain du canton, celui de Montreux. Cet établissement, qui connaissait au début du 20^e siècle des difficultés liées à des ressources insuffisantes³¹³, trouve dès les années 1920 des solutions pour assurer non seulement le financement de son exploitation mais aussi de son développement, dans le cadre d'une profonde transformation de l'établissement, qui prend le nom d'*hôpital* en 1926. En effet, l'abandon du modèle philanthropique et l'inauguration en 1927 d'un nouvel établissement d'une centaine de lits, réclamé notamment par les médecins, permet l'adoption d'un modèle gestionnaire hautement rentable.

Deux sources essentielles sont mises à contribution : les pensions de malades et les subsides communaux. L'ouverture du nouvel hôpital vise clairement la clientèle des classes moyennes qui peuvent s'acquitter des frais relatifs à leurs soins. La priorité n'est désormais plus portée sur les indigents, ce qui amène en 1933 l'intervention à la commission administrative du représentant de la commune du Châtelard – par ailleurs seul administrateur socialiste – qui

³¹² Hôpital de Montreux, rapports annuels et procès-verbaux du conseil d'administration.

« trouve que le prix de francs 5.50 est trop élevé par rapport à ce qui est demandé à l'Hôpital cantonal pour des bourses modestes. »³¹⁴ Les pensions payées par les malades apparaissent en effet comme une source de financement essentielle, qui se monte à une moyenne de 84.7% des revenus pour la période 1938-1960. Or, les rapports annuels publiés à Montreux permettent de connaître le type de patients hospitalisés et montrent que l'établissement n'est pas destiné en priorité aux malades indigents. Sur l'ensemble des années 1938-1960, la structure de cette clientèle ne varie guère, à l'exception des malades en chambre privée. Alors que l'hospitalisation gratuite disparaît totalement dès 1941, les malades indigents pris en charge par l'Etat ne représentent que 17.3% des hospitalisations et ceux dépendants d'une assurance à 20.0%. Le solde est composé de malades payant eux-même leur hospitalisation (62.7%). A l'intérieur de cette catégorie, on note l'affirmation constante depuis 1940 des malades en chambre privée³¹⁵ : ces derniers représentent 4.4% des hospitalisés en 1940, 13.1% en 1950 et 19.7% en 1960.

Tab. 41 Hôpital de Montreux, comptes d'exploitation, 1930-1960³¹⁶

	1930	1940	1950	1960
<i>Recettes (en francs)</i>	<i>150'872</i>	<i>199'050</i>	<i>297'192</i>	<i>630'076</i>
Pensions de malades (en %)	76.0	87.1	86.1	84.6
Subventions des communes (en %)	21.1	12.0	12.5	12.9
Dons (en %) ³¹⁷	-	0.8	1.0	1.4
Ressources propres (en %)	0.6	0.1	0.2	0.4
Divers (en %)	2.3	-	0.2	0.7
<i>Dépenses (en francs)</i>	<i>151'585</i>	<i>190'872</i>	<i>247'662</i>	<i>527'080</i>
<i>Solde (en francs)</i>	<i>-713</i>	<i>8'268</i>	<i>49'530</i>	<i>102'996</i>

Le deuxième point fort de la gestion hospitalière montreusienne est la participation, fort précoce, des communes au financement de l'exploitation de l'Hôpital. Au vu des difficultés financières de l'infirmerie du début du siècle, et désirant construire un nouvel établissement, les administrateurs obtiennent en 1924 du Grand Conseil, par l'intermédiaire du député libéral Marius Nicollier³¹⁸, l'autorisation de percevoir un impôt d'hospitalisation auprès des trois communes du cercle (Châtelard, Les Planches, Veytaux)³¹⁹. Cette participation publique se

³¹³ Voir pp. 233-237.

³¹⁴ Hôpital de Montreux, procès-verbaux de la commission administrative, 21 décembre 1933.

³¹⁵ Les chiffres ne sont pas connus avant 1940.

³¹⁶ Hôpital de Montreux, rapports annuels, 1930-1960.

³¹⁷ En 1930, les dons sont directement capitalisés et n'apparaissent pas dans les comptes d'exploitation.

³¹⁸ Marius Nicollier (1872- ?) : professeur au Collège de Vevey (1897), syndic du Châtelard (1914) et député libéral (1921),

³¹⁹ Hôpital de Montreux, rapport annuel, 1952.

monte chaque année à une somme qui varie entre 20 et 30'000 francs, soit 10.1% des recettes d'exploitation de l'Hôpital pour la période 1940-1960.

L'ouverture en direction d'une clientèle rentable et l'intervention massive des collectivités publiques se fait au détriment du caractère philanthropique de l'institution, qui tend à s'estomper. Les dons ne représentent que 4.3% des recettes pour les années 1940-1960 et l'élite économique locale déserte le conseil d'administration³²⁰. Parmi les 16 personnes qui en font partie en 1950, on remarque la présence de quatre médecins en poste à l'Hôpital et de trois représentants des collectivités publiques, qui sont, hormis le pharmacien Schiess et le notaire Rognon, les seuls membres nommés après 1937. Ce sont donc désormais des personnes qui ont des intérêts directs dans l'Hôpital qui s'engagent en faveur de sa gestion.

Tab. 42 Hôpital de Montreux, membres du conseil d'administration en 1950³²¹

Date de nomination	Nom	Fonction/profession
1908	Félix Mercanton	Médecin
1912	Mme Chessex	
1920	Marius Lederrey	Notaire
1921	R. Vuichoud	Médecin à l'Hôpital
1934	A. Müller	Agent de la Banque cantonale vaudoise
1937	Ch. Blanc	Agriculteur à Brent
1937	E. Payot	Pasteur aux Planches
1941	H. Giovanna	Conseiller municipal à Vuagnard
1941	Ch. Schiess	Pharmacien
1948	Roger Rognon	Notaire
1948	Ami Parlier	Conseiller municipal à Clarens
1949	F. Paroz	Conseiller municipal aux Planches
1949	L. Bovay	Conseiller municipal à Veytaux
1950	A. Jaques	Médecin à l'Hôpital
1950	P. Loup	Chirurgien à l'Hôpital
1950	Paul-Henri Thélín	Chirurgien à l'Hôpital

L'organisation gestionnaire mise en place à Montreux au cours de l'entre-deux-guerres débouche sur un véritable succès financier. Les bénéfices d'exploitation cumulés au cours des exercices 1938-1960 se montent en effet à plus d'un million de francs, si bien que la fortune de l'institution se monte en 1960 à 1.4 million de franc. Ces disponibilités financières permettent à l'Hôpital de Montreux d'aborder sereinement la croissance de son équipement – avec notamment un nouvel agrandissement en 1961 qui porte la capacité d'accueil à 125 lits –

³²⁰ A l'exception de Marius Lederrey, notaire, membre du conseil général de la Banque cantonale vaudoise et président du conseil d'administration du chemin de fer MOB.

³²¹ Hôpital de Montreux, rapport annuel, 1950.

et de s'affirmer comme l'un des principaux établissements hospitaliers du canton dans le cadre de la nouvelle politique hospitalière des années 1960.

Conclusion

La croissance et le développement des infirmeries philanthropiques vaudoises posent très tôt la question de leur financement. Les solutions provisoires établies dans les années 1880-1900 (ventes de charité, fin des hospitalisations gratuites, etc.) n'aboutissent en effet qu'à une situation d'équilibre instable qui laisse entrevoir les difficultés qu'apporterait un redéploiement des infirmeries.

Leur transformation en établissements généralistes équipés de matériel de haute technologie, qui s'opère au début du 20^e siècle, plus particulièrement au cours de l'entre-deux-guerres, apparaît ainsi comme une véritable rupture qui se manifeste par l'adoption du nom d'*hôpital* par la plupart des établissements (Montreux 1926, Aigle 1933, Château-d'Oex 1934, Yverdon 1937, Payerne 1940, Rolle 1948, etc.). Tout d'abord, en ce qui concerne la structure des établissements eux-mêmes, on assiste à une véritable homogénéisation suite aux changements apportés par les chirurgiens-modernisateurs. Le même modèle d'un hôpital généraliste bâti selon un plan en T centré sur la salle d'opérations s'impose à l'ensemble des infirmeries. Pourtant, si l'on observe un mouvement de standardisation au niveau de l'infrastructure hospitalière, cette transformation ne se réalise pas partout selon le même rythme, avec la même ampleur et les mêmes moyens financiers à disposition, si bien qu'on peut parler d'hétérogénéisation des hôpitaux régionaux par rapport à leur mode de gestion et de financement, une caractéristique découlant largement de l'évolution contrastée que connaît le territoire vaudois après 1945. A la fin des années 1950, le GHRV regroupe aussi bien de grands hôpitaux régionaux, qui disposent de près d'un million de francs et hospitalisent plus d'un millier de malades par année, que de petits établissements, dont l'infrastructure s'est moins développée et qui sont généralement situés dans des régions où le marché médical est plus restreint et moins rentable. La participation de ces derniers au GHRV se révèle en fin de compte salubre, dans le sens que le syndicat hospitalier entreprend avec l'Etat des négociations bilatérales qui prennent en compte l'ensemble des établissements membres et permettent ainsi aux moins viables de survivre.

Cependant, malgré des différences de taille et de rentabilité, l'ensemble des hôpitaux régionaux sont confrontés à des problèmes organisationnels identiques. Comme dans le cas de l'Hôpital cantonal, les infirmeries locales ont besoin de se créer un cadre matériel nouveau, favorable à la modernisation de leur infrastructure. En effet, les ressources philanthropiques

sont insuffisantes pour garantir leur redéploiement vers une nouvelle médecine hospitalière axée sur la chirurgie. Les hôpitaux régionaux doivent finalement reporter les coûts de la croissance hospitalière sur les malades, dont les pensions deviennent la principale source de revenus au cours des premières décennies du 20^e siècle, à l'image de ce qui se passe alors dans les établissements similaires d'autres pays (Grande-Bretagne, Espagne, Allemagne, etc.)³²². Le cas vaudois s'avère toutefois original de par l'aspect paradoxal de l'industrialisation de ses infirmeries locales, une transformation qui implique un type particulier de rapport à l'Etat. Mis sur pied à leur origine par des hommes proches de l'Eglise libre et du parti libéral, fortement défavorables à l'interventionnisme de l'Etat, ces établissements conservent au moins jusque dans les années 1950 un caractère privé et local très prononcé, leur nature philanthropique prenant une dimension identitaire, voire régionaliste, malgré leur modernisation. Or, cette dernière repose en grande partie sur les pensions des malades qui viennent s'y faire soigner, dont une part importante dépend des deniers de l'Etat (malades indigents). Les commissions administratives des hôpitaux régionaux n'ont de cesse de revendiquer, dès les années 1890, la hausse des subventions de l'Etat en faveur des malades indigents, tout en refusant à ce dernier toute forme d'intervention dans les affaires internes des hôpitaux régionaux. Cette exigence paradoxale débouche sur un accord consensuel avec l'Etat tout à fait représentatif de la politique hospitalière cantonale telle qu'elle se met en place après 1945.

³²² Voir l'introduction de ce chapitre.

Chapitre 4

La construction d'une politique hospitalière

Introduction

Le système hospitalier ne fonctionne pas dans un environnement économique parfaitement libéral, répondant à la seule loi de l'offre et de la demande, même si l'action privée s'y avère très présente. Les impératifs de santé publique et de formation du corps médical font en effet de l'Etat un intervenant important du système hospitalier.

Il est toutefois difficile de parler de *politique hospitalière* pour le 19^e siècle. Les divers établissements du système hospitalier sont dans une situation de complémentarité tout à fait favorable à un certain non-interventionnisme : les autorités étatiques laissent les établissements se développer "naturellement". Ni l'administration cantonale, dont le Département de l'Intérieur est de très petite taille avant 1945, ni le corps médical, ni les représentants des hôpitaux régionaux, ni aucun autre acteur ne tente d'intervenir à l'échelle du système hospitalier pour influencer son évolution, bien que l'on assiste à une timide intervention de l'Etat en faveur de l'hospitalisation des malades indigents dans les infirmeries locales. Cette mesure répond alors plus à une question d'assistance qu'à une volonté de coordonner le système hospitalier.

La croissance sous tous azimuts des établissements hospitaliers au cours de la première partie du 20^e siècle met alors en lumière les limites du laisser-faire. La situation de concurrence à l'intérieur du système hospitalier, découlant directement du développement de l'équipement hospitalier, entraîne les craintes et les requêtes de nombreux acteurs : l'Hôpital cantonal et les professeurs de la Faculté supportent mal la remise en question de la position dominante que

leur établissement occupait jusque-là, autant pour des questions professionnelles que financières et de prestige ; les hôpitaux philanthropiques n'ont pas les moyens matériels de leur politique ; les médecins dénoncent un marché des soins de plus en plus compétitif et donc de moins en moins rentable ; les assurances-maladie veulent limiter la hausse de leurs cotisations ; etc. En fin de compte, tous ces acteurs se tournent vers l'Etat, revendiquant une intervention publique en leur faveur.

La nouvelle conjoncture économique et politique qui se fait jour après 1945 s'avère particulièrement favorable à ces diverses attentes. L'Etat intervient de plus en plus dans le système hospitalier. Entretenant des discussions avec les divers acteurs afin de répondre à leurs attentes, il devient l'un des principaux bailleurs de fonds du système, puis s'affirme, au cours des années 1950 et 1960, comme le gestionnaire du système hospitalier pris dans son ensemble. Ce changement d'échelle dans le management sanitaire repose en grande partie sur l'arrivée de nouveaux acteurs : les spécialistes de la planification, principalement des architectes et des sociologues. L'apparition de ces nouveaux experts consacre l'affirmation d'une politique hospitalière globalisante, menée au niveau du système.

1. L'amorce d'une politique hospitalière : la loi sur les infirmeries de 1875 et ses conséquences

Jusqu'au début des années 1870, la politique hospitalière des autorités vaudoises se limite à la gestion et l'organisation de l'Hôpital cantonal. Cela ne signifie pas pour autant qu'elles se désintéressent de l'hospitalisation de la population, bien au contraire, mais elles estiment que l'établissement public lausannois peut suffire aux besoins des indigents malades. C'est ce qui explique la tendance générale entre 1810 et 1860 à concentrer l'attention sur les seuls malades curables et à accueillir d'autres types de personnes jusque-là hospitalisées à l'Hôpital cantonal dans de nouvelles institutions spécialisées (aliénés, détenus, enfants abandonnés). La politique hospitalière cantonale de cette période se caractérise par l'extension de la population prise en charge par l'Hôpital cantonal (Suisse non Vaudois, étrangers, etc.). Pour les autorités politiques vaudoises, cet établissement doit suffire à régler la question de l'hospitalisation dans le canton. On a donc affaire à une conception centralisatrice de l'hospitalisation des malades, ce qui explique que la Commission des Secours publics n'intervienne pas ailleurs dans le territoire. Pourtant, l'Hôpital cantonal se révèle, au cours des années 1860, trop petit pour

assumer sa fonction. C'est l'occasion pour le Département de l'Intérieur de redéployer sa politique d'hospitalisation à l'échelle du territoire cantonal, en prenant en compte les infirmeries locales fondées par les philanthropes.

Le Département de l'Intérieur

Le Département de l'Intérieur n'est pas considéré comme un département important et prestigieux jusqu'au milieu des années 1870. Bien que l'administration cantonale soit organisée avant 1862 selon les principes de la direction bicéphale des départements et d'une rotation périodique des conseillers d'Etat à leur tête, les hommes forts du Conseil d'Etat (Henri Druey, Louis Blanchenay, Louis-Henri Delarageaz, Constant Fornerod, etc.) préfèrent s'occuper de départements tels que l'instruction publique ou la justice et police, laissant l'intérieur à des hommes moins charismatiques. La Constitution de 1861, qui abandonne les principes de direction bicéphale et de rotation, ne change rien à cette tendance, puisque le Département de l'Intérieur est abandonné au seul conseiller d'Etat libéral après la victoire radicale aux élections de 1866. Ce relatif désintérêt explique dans une large mesure la politique non interventionniste de l'Etat en matière hospitalière avant le milieu des années 1870. Dans l'optique du Conseil d'Etat, l'Hôpital cantonal, dont on approuve la modernisation, suffit à assurer l'hospitalisation des indigents. Il faut aussi ajouter le fait que la révolution radicale de 1845 s'est faite contre les élites libérales lausannoises, dont l'Hôpital de la ville, érigé dans les années 1770 et racheté par l'Etat en 1806 pour en faire un Hôpital cantonal, est un des lieux symboliques du pouvoir, au moins depuis la fin du 18^e siècle¹. La modernisation de cet établissement n'est donc pas une priorité pour un gouvernement avant tout décidé à asseoir son autorité face aux libéraux lausannois.

La situation politique est complètement différente dès la seconde moitié des années 1870, période qui voit le parti radical partir à la conquête de la ville de Lausanne – restée jusque-là en mains libérales – et de l'ensemble de la société civile (entreprises, banques, institutions charitables, etc.), avec la mise sur pied par Louis Ruchonnet d'un "Petit Gouvernement" officieux aux côtés du Conseil d'Etat (1878), la fondation d'un parti politique de masse, l'Association démocratique vaudoise (1881), la purge de l'appareil judiciaire (1883), etc. Les radicaux obtiennent de véritables triomphes électoraux, avec l'élection de Ruchonnet au Conseil fédéral (1881), une députation totalement radicale au Conseil national (1881) et

¹ Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 12-31 et Cécile Lacharme, « La gestion des hôpitaux en Suisse romande. Quelques éléments pour une histoire des administrateurs au 18^e siècle », in Gutton Jean-Pierre (dir.), *Les administrateurs d'hôpitaux en Europe sous l'Ancien Régime*, Lyon, PUL, 2002.

l'accession au poste de syndic de Lausanne du directeur de l'Hôpital Samuel Cuénoud (1882)². A cette volonté de conquête s'ajoute un désir de modernisation sociale dont le Département de l'Intérieur devient partie intégrante. Les autorités politiques veulent accorder à l'ensemble de la population un accès généralisé à une médecine hospitalière en profond bouleversement – le Dr Dupont adopte la méthode antiseptique vers 1876 et César Roux s'installe à Lausanne en 1883.

Tab.43 *Conseillers d'Etat en charge du Département de l'Intérieur, 1845-1961*³

Nom	Parti	Période de fonction
Charles Veillon	Radical	1845-1851
Benjamin Pittet	Radical	1851
Charles Veillon	Radical	1852-1856
Louis Bourgeois	Radical	1857-1858
Albert Natural	Radical	1859-1861
Pierre-Isaac Joly	Radical	1862-1866
Henri Jan	Libéral	1866-1874
Charles Estoppey	Radical	1875-1885
Victor Debonneville	Radical	1885-1899
Adrien Thélin	Radical	1899-1922
Norbert Bosset	Radical	1922-1946
Gabriel Despland	Radical	1946-1961

La médecine hospitalière et la santé publique sont incorporées dans le projet de modernisation de la société et deviennent ainsi des enjeux politiques déterminants. L'Etat de Vaud entre en effet dans une phase de redéploiement au cours des années 1870-1880, qui se traduit par la hausse des dépenses d'exploitation dans certains secteurs comme l'école ou la prévoyance sociale, ainsi que par d'importantes dépenses d'équipement, dans la continuité de la construction des chemins de fer, principalement dans le cadre de travaux hydrauliques et de routes⁴. L'intervention étatique dans le domaine hospitalier se situe à la fois dans le cadre de la politique de prévoyance sociale – il faut assurer un accès généralisé à la médecine hospitalière – et dans celui des grands travaux d'équipement.

Ce contexte politique explique dans une large mesure la présence après 1875 de radicaux influents – souvent des hommes forts du gouvernement – à la tête du Département de l'Intérieur, pendant des durées de plus de dix ans. Il faut ajouter aussi que les dépenses

² P.-A. Bovard, op. cit.

³ Annuaire officiel du canton de Vaud, 1845-1961, et P.-A. Bovard, op. cit.

⁴ Voir André Lasserre, *Finances publiques...*, op. cit.

d'assistance et la politique sociale prennent de l'importance au sein de la gestion étatique au cours des décennies 1870 et 1880⁵. Le Département de l'Intérieur perd ainsi son caractère secondaire et transitoire. L'arrivée du conseiller d'Etat Charles Estoppey à sa tête en 1875 correspond à un moment de forte politisation de l'Hôpital cantonal, avec notamment la nomination de Samuel Cuénoud au poste de directeur (1876). Le pouvoir administratif se renforce et se fait plus interventionniste. Cet intérêt nouveau pour la santé publique mène à l'extension de la politique hospitalière aux infirmeries locales et à la construction d'un nouvel Hôpital cantonal.

Organisation du Département de l'Intérieur (1845-1914)

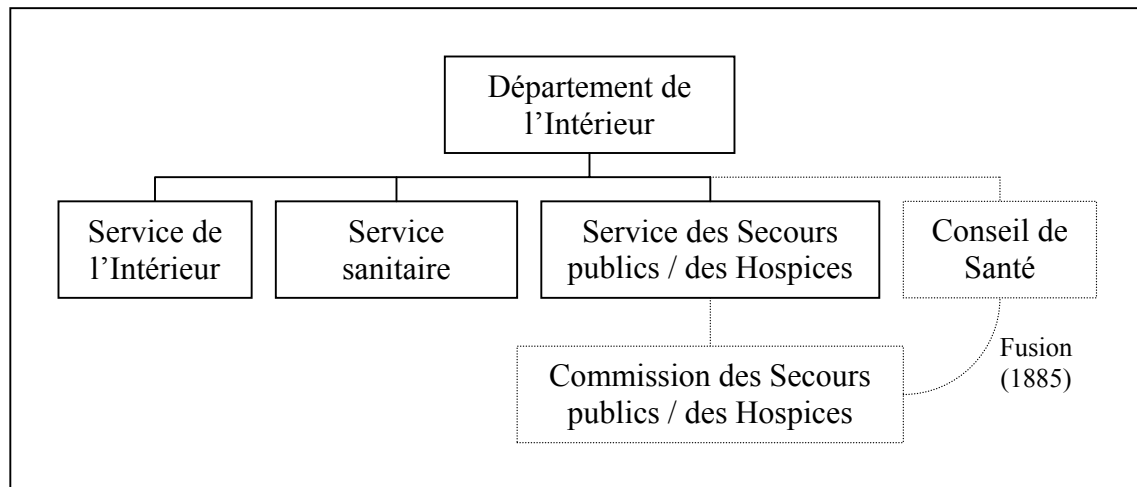
Durant les années 1845-1862, le Département de l'Intérieur comprend une Commission des Secours publics, nommée par le Conseil d'Etat, chargée d'administrer les biens et de contrôler le fonctionnement des établissements rattachés à ce service (Hôpital cantonal, Asile d'aliénés, maison de détention, etc.). Cette commission a sous ses ordres six fonctionnaires (économes, caissiers, contrôleurs), parmi lesquels le directeur de l'Hôpital cantonal, qui assurent le suivi administratif des décisions prises. Son intérêt se porte essentiellement sur les questions d'ordre et de discipline : elle suit les divers cas hospitalisés, décide le renvoi d'employés désobéissants et débat des montants des pensions⁶. Ni la commission, ni les fonctionnaires n'apparaissent comme des éléments modernisateurs. Leur intervention se limite à assurer le fonctionnement des établissements dont ils ont la charge.

La réorganisation de l'administration cantonale dans les années 1862-1863 débouche sur un renforcement du pouvoir administratif du Département de l'Intérieur pour les questions hospitalières. La Commission des Hospices est dissoute et ses fonctions sont attribuées à un Service des Secours publics⁷. Il s'agit d'un service administratif de cinq fonctionnaires, rattaché au Département de l'Intérieur, dont « le secrétaire en chef exerce, sous l'autorité du département, la surveillance sur les incorporés, sur la comptabilité, l'économie et la police des hospices. »⁸ C'est donc un fonctionnaire qui exerce la surveillance de l'Hôpital, sans autre contrôle que celui du Conseil d'Etat. Il n'y a d'ailleurs que peu de traces des décisions administratives prises durant la période 1862-1875, en l'absence de procès-verbaux. Durant les douze années que dure cette organisation, le poste de secrétaire en chef est occupé par Louis Magnenat.

⁵ Ibidem, pp. 245-247.

⁶ ACV, K VIIIa 42/1-5, protocole des Hospices, 1849-1864.

⁷ On parle aussi de Service des secours publics.

Fig. 15 Organigramme du Département de l'Intérieur, 1863-1957⁹

Le Département de l'Intérieur se voit encore attribuer deux autres services, le Service de l'Intérieur (trois fonctionnaires en 1863), qui s'occupe des affaires courantes et générales du Département, et le Service sanitaire chargé de surveiller la pratique de la médecine et la santé publique. Ce service ne comprend alors que deux fonctionnaires : le médecin cantonal et un secrétaire. Il connaît un fort développement dans les années 1880, avec l'ouverture de laboratoires de bactériologie – dirigé par Louis Roux, neveu de César Roux, de 1905 à 1941 – et de chimie, la nomination d'un inspecteur des denrées alimentaires, etc. Enfin, le Département de l'Intérieur peut s'appuyer sur un Conseil de santé, existant depuis les années 1800, qui n'est pas un service de l'administration mais une commission consultative nommée par le gouvernement et dirigée par le conseiller d'Etat en poste à l'Intérieur¹⁰.

La réforme de 1862-1863 permet ainsi au Département de l'Intérieur de se structurer et au pouvoir administratif de s'affirmer dans la gestion de la santé publique. Cette structure de base est renforcée en 1875 avec l'intervention des élites modernisatrices radicales. Le conseiller d'Etat Charles Estoppey, de retour au gouvernement en 1874, réforme le Département de l'Intérieur et renforce son organisation administrative, avec la réintroduction en 1875 d'une Commission des Hospices, très fortement politisée, dont Estoppey lui-même assure la présidence¹¹. Parmi les huit membres qui y siègent entre 1875 et 1885, on rencontre en effet deux des anciens collègues d'Estoppey du Conseil d'Etat radical de la fin des années

⁸ Ibidem, art. 22.

⁹ Loi du 20 février 1863 sur les attributions des départements du Conseil d'Etat, leur organisation intérieure et le traitement de leurs employés. On parle aussi parfois de « bureau » à la place de « service ». Afin de clarifier l'exposé, seule la seconde appellation est utilisée ici.

¹⁰ Albert Chauvie, op. cit.

1860 : Ami Bornand et Louis Ruchonnet. Les autres membres de cette commission sont le notable radical Camille Delessert, directeur de la Caisse hypothécaire, le Dr Hermann Lebert, ancien professeur des Facultés de médecine de Zurich et de Breslau retraité à Vevey, l'ancien syndic – libéral – de Lausanne Louis Joël, ainsi que deux habitués de la gestion hospitalière, le Dr François Recordon, chef du Service sanitaire, et l'inévitable Louis Magnenat, secrétaire du Département de l'Intérieur. Cette commission regroupe clairement l'élite modernisatrice radicale, qui tend à s'accaparer le contrôle de la gestion des biens publics dans le canton, et des détenteurs de compétences nécessaires à cette transformation sociale, quelle que soit leur appartenance partisane.

Cette commission est toutefois peu interventionniste, essentiellement parce que la direction de l'Hôpital est renforcée à la même époque. Le pouvoir de renvoyer les employés désobéissants est par exemple remis entre les mains du directeur de l'Hôpital en mai 1875, alors que c'était la Commission des Secours publics qui était compétente jusqu'en 1862¹². Les membres de la nouvelle commission sont souvent des hommes actifs et surchargés de travail, qui assurent essentiellement une surveillance lointaine sur la gestion de l'établissement. L'essentiel du pouvoir est transmis à la direction de l'Hôpital, qui est confiée en 1876 à un homme issu du sérail radical : Samuel Cuénoud¹³.

Le Service des Secours publics conserve une dimension limitée – cinq fonctionnaires jusqu'en 1938 – qui ne lui permet pas de s'affirmer comme un acteur majeur de la politique hospitalière. Il est dirigé par des radicaux issus de l'administration cantonale. Pour plusieurs d'entre eux, la direction de ce service est l'aboutissement d'une longue carrière administrative. Pour ceux qui bénéficient de forts appuis politiques – Python est un protégé de Ruchonnet et Mermoud est le frère du conseiller national John Mermoud¹⁴ – elle prépare à un poste prestigieux comme la direction de la nouvelle Caisse de retraite populaire (Python) ou celle de l'Hôpital cantonal (Mermoud).

Dans la pratique, le chef du Service des Secours publics travaille en étroite collaboration avec la direction de l'Hôpital et le Conseil de Santé et des Hospices, créé en 1885 et dont il est

¹¹ Annuaire officiel du canton de Vaud, 1875-1885.

¹² ACV, K VIII B 61, protocole de la Commission des Hospices, 20 mai 1875.

¹³ Voir chapitre 2, pp. 135-136.

¹⁴ John Mermoud (1863-1934) : géomètre et chargé de cours à l'Ecole d'ingénieurs de Lausanne, il est député radical au Grand Conseil et conseiller national. Il est en outre membre de la commission de surveillance du Crédit foncier vaudois et de plusieurs conseils d'administration. Erich Gruner (dir.), op. cit., p. 824.

membre jusqu'en 1892¹⁵. Le Service des Secours publics a perdu le pouvoir de décision qui était le sien entre 1862 et 1875. Il ne fait désormais que mettre en œuvre la politique décidée par le Conseil de Santé et des Hospices, véritable cœur de la politique hospitalière vaudoise à partir de 1885.

Tab. 44 *Chefs du Service des Secours publics (SSP), 1883-1909*¹⁶

Période de fonction	Nom	Carrière professionnelle
1863-1881	Louis Magnenat	-
1881-1886	Louis Demont	Secrétaire (1871) puis chef (1881) du SSP.
1886-1889	Auguste Brun	Ancien secrétaire du SSP.
1890-1896	Frédéric Roulin	-
1897-1908	Jules Python (1860-1924)	Entré à l'âge de 11 ans au service de Ruchonnet, aide au Département des Finances (1873), teneur de livre de la comptabilité générale (1886), chef du SSP (1897), directeur de la Caisse de retraites populaires (1907).
1908-1909	Louis Mermoud (1861-1945)	Secrétaire-comptable à l'Hôpital cantonal (1878), chef du SSP (1908), directeur de l'Hôpital cantonal (1909).

Le Conseil de Santé et des Hospices entre 1885 et 1914

Le Conseil d'Etat décide en 1885 le regroupement du Conseil de Santé, organe consultatif à propos de l'exercice de la médecine, et de la Commission des Hospices, chargée de la surveillance administrative du Service des Secours publics, en une seule commission, le Conseil de Santé et des Hospices (CSH)¹⁷. On a donc affaire à une centralisation des pouvoirs au sein d'une seule commission qui s'occupe aussi bien du contrôle de l'exercice privé de la médecine dans le canton, que des problèmes de santé publique (épidémies, salubrité, etc.), de la prise en charge des tuberculeux ou de la gestion des établissements hospitaliers publics.

Le profil socio-politique des 18 personnes qui siègent au CSH durant les années 1885-1914 illustre tout à fait le rapprochement entre le milieu médical et celui de l'administration radicale déjà visible après l'arrivée d'Estoppey à la tête du Département¹⁸. Le groupe le plus représenté (7) est celui des fonctionnaires du Département de l'Intérieur (chefs de service et

¹⁵ Dès 1893, il est remplacé par le secrétaire en chef du Service sanitaire. Annuaire officiel du canton de Vaud, 1893.

¹⁶ Annuaire officiel du canton de Vaud, diverses années ; ACV, Dossiers ATS.

¹⁷ On parle aussi parfois de Commission de Santé et des Hospices. Pour cette période, les procès-verbaux de cette importante commission sont conservés dans les archives du Département de l'Intérieur. ACV, K VIII B 6.

¹⁸ Annuaire officiel du canton de Vaud, 1885-1914.

secrétaires)¹⁹, qui révèle l'intervention grandissante de l'administration cantonale dans la politique sanitaire. Viennent ensuite les politiciens de carrière radicaux (5)²⁰, avec notamment les conseillers d'Etat en charge du Département de l'Intérieur Victor Debonneville et Adrien Thélin, mais aussi l'ancien directeur de l'Hôpital et syndic de Lausanne Samuel Cuénoud. Enfin, on rencontre des professeurs de médecine (4)²¹ et des représentants des milieux vétérinaires (1)²² et judiciaires (1)²³. Sur l'ensemble de la commission, on ne dénombre que trois libéraux, dont deux sont professeurs de médecine²⁴.

Cette commission regroupe des hommes aux compétences administratives et gestionnaires reconnues. Plusieurs occupent des sièges dans les conseils d'administration de grandes entreprises publiques dominées par le parti radical comme la Banque cantonale vaudoise (Samuel Cuénoud, Victor Debonneville), le Crédit foncier vaudois (Emile Dind, Louis Roux), la Compagnie du Lausanne-Ouchy et des Eaux de Bret (Samuel Cuénoud), les Chemins de fer fédéraux (Adrien Thélin), etc. L'expérience acquise dans ces entreprises est ainsi mise au service de la gestion des établissements dépendants du Département de l'Intérieur et de l'organisation d'une politique hospitalière pensée à l'échelle cantonale. Les membres du CSH interviennent dans les affaires hospitalières à plusieurs niveaux. Il y a tout d'abord une politique générale de contrôle du bon fonctionnement de l'Hôpital. Dans les années 1880 et 1890, ils effectuent de nombreuses visites personnelles dans les établissements qu'ils administrent et rendent des rapports dans lesquelles dominent les problèmes de discipline des employés et d'entretien de l'immobilier²⁵. Dès les années 1900, ces tâches sont laissées au directeur de l'Hôpital et le CSH se consacre plutôt à des problèmes de gestion financière et d'organisation. Il s'agit là en effet de la principale fonction du CSH. Dans le cas de l'Hôpital cantonal, c'est le CSH qui met en œuvre, en collaboration avec le directeur, des nouvelles méthodes gestionnaires et une nouvelle organisation du travail qui doivent permettre la croissance de l'établissement (autonomie financière, rapprochement avec le secteur privé,

¹⁹ Les chefs du Service des Secours publics Louis Demont (1885-1886), Auguste Brun (1887-1899) et Frédéric Roulin (1890-1892), le médecin chef du Service sanitaire Jean-Marc Morax (1887-1912), ainsi que les secrétaires du Service sanitaire Eugène Dubois (1893-1899), Adolphe Jaton (1900-1904) et Louis Duboux (1905-1916). Annuaire officiel du canton de Vaud, diverses années.

²⁰ Les conseillers d'Etat Victor Debonneville (1885-1899) et Adrien Thélin (1900-1921), l'ancien conseiller municipal lausannois Louis Roux (1898-1908), le syndic de Lausanne Samuel Cuénoud (1909-1912), le député et futur conseiller national Sydney Schopfer (1913). Annuaire officiel du canton de Vaud, diverses années.

²¹ Emile Dind (1885-1900), Jean-Jacques Larguier (1885-1904), Paul Demiéville (1902-1935) et Georges Spengler (1905-1934). Annuaire officiel du canton de Vaud, diverses années.

²² Charles Gross, médecin-vétérinaire établi à Lausanne (1885-1886). Annuaire officiel du canton de Vaud, diverses années.

²³ Henri Bippert, juge cantonal (1885-1896). Annuaire officiel du canton de Vaud, diverses années.

²⁴ Henri Bippert, Paul Demiéville et Jean-Jacques Larguier.

²⁵ ACV, K VIII B 8, Conseil de Santé, rapports individuels, 1887-1899.

etc.). Quant aux préoccupations médicales, elles sont paradoxalement peu présentes dans les procès-verbaux du CSH, malgré la présence de plusieurs médecins et professeurs de médecine. Une très large autonomie est laissée aux médecins chefs de service de l'Hôpital qui, outre les liens politiques et familiaux qui lient bon nombre d'entre eux avec le CSH, ont un représentant au CSH en la personne du prof. Dind, chef du Service de dermatologie.

*Le Service des Secours publics : aspects financiers*²⁶

La rupture que représentent les années 1870 avec l'intervention volontariste des élites modernisatrices radicales au Département de l'Intérieur a des conséquences financières immédiates. Il n'est malheureusement pas possible d'appréhender le fonctionnement financier du Service des Secours publics avant les années 1850²⁷. Ce service n'est pas rentable et connaît un déficit d'exploitation permanent. Les recettes, provenant essentiellement des revenus de la fortune – en particulier de l'ancien richissime Hôpital de Villeneuve²⁸ rattaché au Service des Hospices dans les années 1800 – ne parviennent pas à couvrir les dépenses. Jusqu'en 1872, la situation est pourtant sous contrôle. Le déficit annuel moyen est d'environ 46'500 francs pour la période 1856-1872. Cette charge est négligeable pour la canton de Vaud : elle représente 1.4% des dépenses d'exploitation de l'Etat.

L'Hôpital cantonal occupe alors une place primordiale dans le Service des Secours publics. Il représente en effet pour la période 1856-1872 pas moins de 59.2% des dépenses de ce service mais seulement 10.2% des recettes. Le déficit de l'Hôpital se monte à une moyenne de 82'250 francs, soit 1.9 fois celui des Hospices. Il est vrai que l'Hôpital ne possède pas de fortune propre et que son taux d'autofinancement est ainsi quasiment nul, ce qui explique cette dépendance envers les Secours publics.

La situation change en 1873 en raison de l'ouverture de l'Asile psychiatrique de Cery, prévu pour l'accueil de 300 malades, ce qui en fait le plus important établissement hospitalier du canton²⁹. De plus, le Service des Secours publics accorde des subventions aux infirmeries

²⁶ CRCE, Département de l'Intérieur, diverses années.

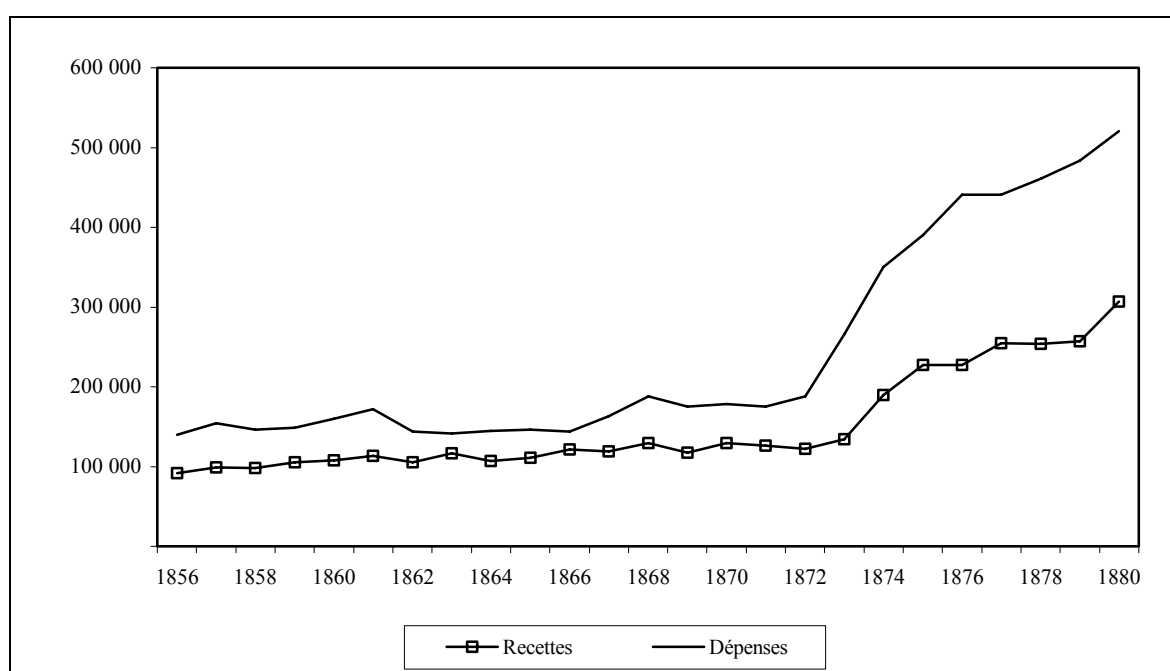
²⁷ C'est durant cette décennie que les Comptes-rendus du Conseil d'Etat contiennent les premières données financières utilisables.

²⁸ Cet établissement, dont les propriétés foncières représentent l'essentiel de la fortune des Hospices au début du 19^e siècle, n'a pas retenu l'attention des historiens, hormis Eugène Olivier qui lui consacre quelques pages dans sa monumentale synthèse sur la médecine vaudoise sous l'Ancien Régime. Voir Eugène Olivier, *Médecine et santé...*, op. cit., notamment pp. 793-794.

²⁹ Sur Cery, voir Catherine Fussinger et Deodaa Tevaearai, op. cit., Séverine Pilloud, *La thérapie par le travail dans le traitement de la maladie mentale, du 19^e siècle à nos jours. Le cas du canton de Vaud : de l'hospice des aliénés du Champ-de-l'Air (1810-1873) à l'hôpital psychiatrique de Cery (1873-1970)*, mémoire de licence, Université de Lausanne, 1996, 80 p., et Claude Secrétan, *L'hôpital de Cery, 1873-1973*, Lausanne, Payot, 1973, 140 p.

privées du canton dès 1875. Quant à l'Hôpital cantonal, il est aussi dans une dynamique de croissance, avec un déficit qui passe à près de 163'000 francs en 1880. Les prises en charge des Hospices tendent ainsi à se multiplier au cours des années 1870, ce qui explique la forte hausse de ses dépenses d'exploitation et la croissance de son déficit, qui atteint plus de 214'000 francs en 1880. La charge de ce service se fait sentir plus lourdement : il représente 3.4% des dépenses de l'Etat en 1875 et 4.8% en 1880³⁰.

Graph. 21 Recettes et dépenses d'exploitation du Service des Secours publics, en francs courants, 1856-1880³¹



L'Hôpital cantonal est trop petit : l'amorce d'une politique hospitalière

Bien que les autorités politiques – Conseil d'Etat et Grand Conseil – discutent depuis le milieu des années 1860 de la nécessité de rénover et d'agrandir l'Hôpital cantonal, il faut attendre 1873 pour assister à l'émergence d'une politique hospitalière pensée au niveau de l'ensemble du territoire cantonal. En effet, la décision de construire un nouvel Hôpital cantonal est prise cette année-là, de même que celle de favoriser la fondation et le développement des infirmeries locales privées.

³⁰ CRCE, Département des Finances, 1875-1880.

³¹ CRCE, Département de l'Intérieur, 1856-1880. Les chiffres ne sont pas disponibles avant 1856.

Pour la première fois, le Conseil d'Etat, emmené par Ruchonnet, adopte une vision globale de l'hospitalisation et cherche à rendre complémentaires les infirmeries locales privées et l'Hôpital cantonal public, posant ainsi les premiers jalons d'une coordination au sein du système hospitalier vaudois. Les premières revendiquent à coup de pétitions auprès de l'Etat depuis 1871 au moins leur reconnaissance comme personnes morales, afin de bénéficier pleinement des dons et des legs qui leur sont attribués et qui constituent une part essentielle de leurs revenus. Le Grand Conseil accède à leur requête en 1873. Quant au Conseil d'Etat, il sait que son Hôpital cantonal est trop petit pour répondre seul aux besoins d'une population en croissance et que la construction de nouveaux bâtiments ne résoudra pas le problème. En s'approchant des infirmeries privées, il cherche donc à compléter l'offre hospitalière publique. C'est ainsi qu'il écrit en 1873 à ses préfets pour leur demander d'étudier la question de la fondation d'une infirmerie privée dans leur district, en collaboration avec les notabilités locales³². Cette démarche est directement à l'origine de la fondation d'établissements à Montreux et à Nyon en 1874. Ruchonnet va plus loin que cette politique incitatrice et suggère devant le Grand Conseil « d'en faire des succursales de l'Hôpital cantonal [...] le Conseil d'Etat [étant] très partisan de la décentralisation de notre assistance hospitalière. »³³ Cette position maximaliste est peut-être un objectif à terme pour les élites radicales mais elle se heurte à l'opposition des philanthropes désireux de conserver un caractère privé à leurs établissements, tout en acceptant une collaboration avec l'Etat. La loi sur les infirmeries, acceptée en 1875, adopte ainsi une position consensuelle. Elle vise à rendre les établissements philanthropiques complémentaires de l'Hôpital cantonal et contribue à leur développement par l'instauration de deux types de subventions. D'une part, l'Etat intervient par le biais de subsides de construction et de transformation (10% du coût total des travaux), afin de favoriser le développement de l'infrastructure privée. D'autre part est adopté le principe d'une contribution publique « à l'entretien des malades qui, se trouvant dans les conditions exigées pour entrer à l'Hôpital Cantonal, et n'ayant pas pu y être reçus faute de place ou pour tout autre motif, ont été admis dans une infirmerie sur demande de l'administration cantonale. »³⁴ Cette participation se fait sur la base du paiement des journées d'hospitalisation des malades

³² Le canton de Berne, à forte majorité radicale, intervient de la même manière durant la seconde partie du 19^e siècle. Les préfets sont souvent personnellement engagés dans la création d'hôpitaux de district. Pour le Jura bernois, voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 146-148.

³³ BGC, 20 février 1874. L'idée d'un Hôpital cantonal décentralisé dans les districts – proche du concept actuel des hôpitaux multisites – est aussi en vogue dans le canton de Fribourg au cours des années 1860 et 1870. Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 80-82.

³⁴ Loi sur les infirmeries du 15 mai 1875, art. 3.

indigents. Le calcul du prix de la journée d'hospitalisation remboursée devient rapidement un enjeu fondamental des relations entre infirmeries locales et Etat.

En s'assurant ainsi la collaboration des infirmeries locales, l'Etat espère disposer dans le canton de 17 infirmeries privées de 12 lits en moyenne, soit un total de 204 lits qui, ajoutés aux 200 lits de l'Hôpital cantonal, devraient correspondre aux besoins estimés alors³⁵. Cette politique de complémentarité dure jusqu'à la fin des années 1910 mais les premières mises en garde contre le développement généralisé et non contrôlé du système se font jour à la fin des années 1890. Le Dr Jean-Marc Morax, chef du Service sanitaire, déclare ainsi lors de l'inauguration de la nouvelle Infirmerie de Saint-Loup en 1897 que « la décentralisation des services hospitaliers est des plus heureuses. Cependant elle a ses limites, car on ne peut avoir partout des médecins ou des opérateurs aussi expérimentés que ceux qui pratiquent dans un grand hôpital. [...] chaque ville met son orgueil à posséder les bâtiments hospitaliers les plus beaux et les meilleurs. »³⁶ Ces mots ne rencontrent alors que peu d'écho mais sont véritablement prémonitoires. La nouvelle Infirmerie de Saint-Loup inaugure en effet une ère de transformation et de modernisation des infirmeries locales qui en font des établissements concurrents de l'Hôpital cantonal dans l'entre-deux-guerres³⁷ et qui débouche sur la remise en question de la politique hospitalière adoptée dans les années 1870.

L'importance financière de l'aide publique pour les infirmeries locales

Dans un premier temps, les subventions étatiques – hospitalisation des indigents et subsides de construction – restent limitées : avant 1900, elles oscillent autour d'une somme annuelle de 32'000 francs³⁸. Leur croissance au 20^e siècle s'explique notamment par le développement des infirmeries locales, dont les capacités d'accueil accrues et l'infrastructure médico-technique sans cesse perfectionnée (installations radiologiques, salles d'opérations aseptisées, pavillons pour malades contagieux, laboratoires, etc.) permettent une forte croissance des hospitalisations³⁹. Le montant des subventions atteint 130'400 francs en 1910 puis 193'503 francs en 1920. On est entré dans une phase de croissance qui ne cessera pas au cours du 20^e siècle⁴⁰. La subvention étatique est accordée selon un prix journalier de référence fixé à deux francs en 1875.

³⁵ Catherine Lehmann-Jomini, op. cit., pp. 14-15.

³⁶ Institution de diaconesses de Saint-Loup, rapport annuel 1896-1897, p. 34.

³⁷ Voir chapitre 3, p. 262.

³⁸ Pour la période 1880-1900, on a une moyenne annuelle de 32'079 francs.

³⁹ Il faut aussi tenir compte de l'inflation, qui se fait très forte après 1914.

⁴⁰ CRCE, Département de l'Intérieur, 1875-1920.

Pour les infirmeries, cette participation étatique devient bientôt une ressource financière dont elles ne peuvent plus se passer, leur développement et leur fonctionnement étant fortement basés sur une participation financière accrue de la part des malades et une hausse des pensions. Malgré des situations très différentes entre les diverses infirmeries, on observe au cours de la période 1880-1910 une tendance générale à la hausse du nombre de malades dont l'hospitalisation est prise en charge par l'Etat. En 1910, près de la moitié des malades sont au bénéfice d'une aide cantonale dans la plupart des établissements, ainsi que le révèle le tableau 45 ci-dessous. La dépendance financière des infirmeries envers les subsides publics s'accroît avec leur développement.

Tab. 45 Malades pris en charge par l'Etat dans quelques infirmeries locales, en %, 1880-1910⁴¹

	Montreux	Morges	Nyon	Payerne	Ste-Croix	Yverdon
1880	5.9	-	13.4	-	-	36.0
1890	-	19.3	29.6	40.3	14.8	53.4
1900	0.3	18.4	32.7	42.1	7.6	38.6
1910	13.3	41.9	63.0	43.2	54.0	52.3

Pour l'Etat, la situation est différente. Les subventions accordées aux infirmeries prennent une place toujours plus grande à l'intérieur du Service des Secours publics. Une tendance générale à la hausse s'opère entre le milieu des années 1880 (env. 6-7% du budget des Secours publics) et 1914 (16.6%)⁴². Ces montants restent toutefois d'une importance presque négligeable dans le budget général de l'Etat. Elles représentent une moyenne de 0.53% des dépenses ordinaires sur l'ensemble de la période 1875-1914, avec une légère tendance à la hausse dans les années 1900-1914 (0.49% en 1880 ; 0.45% en 1900 ; 0.85% en 1910 ; 0.97% en 1914)⁴³.

Même si les subventions aux infirmeries connaissent une relative faible croissance, elles font l'objet de remises en cause dès les années 1880. En effet, l'ouverture du nouvel Hôpital cantonal contraint l'Etat à faire des économies budgétaires, notamment dans le cadre du Département de l'Intérieur. Le gouvernement propose alors de diminuer le prix de la journée d'hospitalisation pour indigents remboursée aux infirmeries à 1.20 franc, soit une baisse de 40%. Cette proposition entraîne une réaction collective des infirmeries privées qui marque leur première structuration en lobby.

⁴¹ CRCE, Département de l'Intérieur ; rapports annuels des différents établissements.

⁴² CRCE, Département de l'Intérieur, 1875-1914.

⁴³ CRCE, Département des Finances, Comptes de l'Etat, 1875-1914.

La constitution d'un lobby des infirmeries privées

Sous l'impulsion de l'Infirmerie de Moudon, des représentants de chaque infirmerie privée se rencontrent à Lausanne en avril 1883, afin de présenter une opposition unie à la tentative de baisse des subsides publics⁴⁴. Ils parviennent à négocier une baisse limitée du tarif de la journée remboursée à 1.80 franc. Cette première confrontation entre les deux partenaires révèle la fragilité d'un développement hospitalier fondé sur des ressources sur lesquelles les administrateurs des infirmeries n'ont pas d'emprise. Les délégués des infirmeries se rencontrent par la suite à plusieurs reprises, à intervalles irréguliers (1884, 1893, etc.), pour défendre les subventions acquises et revendiquer leur augmentation à hauteur du coût réel de la journée d'hospitalisation – calculé par la division des dépenses d'exploitation par le nombre de journées d'hospitalisation.

L'Etat n'entre pas en discussion sur une éventuelle hausse des subsides. Il projette plutôt leur baisse à un tarif de 1.50 franc la journée pour l'année 1904, ce qui débouche sur une forte mobilisation des infirmeries⁴⁵. Leurs délégués se rencontrent une nouvelle fois en décembre 1903 à Lausanne et décident de mieux structurer le lobby en nommant un comité de trois personnes « qui servira de lien et convoquera des délégués en conférence une fois l'an pour discuter de toutes les questions pouvant intéresser les infirmeries en général. »⁴⁶ De plus, à l'instigation de l'Infirmerie de Nyon, une pétition est adressée au Conseil d'Etat, alors que le député libéral Armand Piguet⁴⁷, membre du comité directeur de l'Infirmerie d'Yverdon, intervient au Grand Conseil et parvient à rétablir la subvention à 1.80 franc. Malgré ce succès et une première structuration du lobby, les délégués des infirmeries ne se rencontrent que rarement avant la fin des années 1920. La contribution de l'Etat est à la hausse, notamment grâce à « la pression des infirmeries »⁴⁸ (2.10 francs en 1917 ; 3.00 francs en 1922 ; etc.), et contribue ainsi à apaiser les différends, même si elle ne couvre toujours pas le coût réel de la journée d'hospitalisation. Il faut attendre les années 1930 pour voir le mouvement se faire plus revendicateur, dans un contexte de relatif retrait de l'Etat et de situation de concurrence entre établissements au sein du système hospitalier.

⁴⁴ Hôpital d'Yverdon, procès-verbaux de la commission administrative, 4-10 avril 1883. La FHV ne conserve pas d'archives antérieures à 1945. On trouve en revanche des mentions des activités lobbyistes des infirmeries dans les archives de ces dernières, principalement dans celles de Nyon et d'Yverdon, ainsi que de l'Ecole de La Source à Lausanne.

⁴⁵ Hôpital d'Yverdon, procès-verbaux de la commission administrative, 27 janvier 1904.

⁴⁶ Gustave Piotet, op. cit., p. 41.

⁴⁷ Armand Piguet (1855-1929) : banquier privé établi à Yverdon, député libéral au Grand Conseil (1885-1917) et conseiller national (1911-1925). Charles Gorgerat, op. cit., p. 250.

⁴⁸ Gustave Piotet, op. cit., p. 41.

2. Les essais de réorganisation du système hospitalier dans l'entre-deux-guerres

L'entre-deux-guerres est une période de rééquilibrage des rapports de force à l'intérieur du système hospitalier qui se fait en faveur des infirmeries locales, bien que l'évolution socio-économique du territoire vaudois est clairement favorable durant cette période à la ville de Lausanne⁴⁹. Alors que la politique cantonale d'austérité et de privatisation de l'Hôpital cantonal ne permet pas une croissance planifiée de cet établissement, les infirmeries locales sont l'objet d'une profonde transformation suite à l'arrivée des chirurgiens-modernisateurs. Leur modernisation en hôpitaux industrialisés en fait des concurrents à l'Hôpital cantonal, principalement dans le domaine de la chirurgie, ce qui amène certains professeurs à revendiquer l'adoption d'une nouvelle politique hospitalière fondée sur la mise en réseau et la distribution des tâches entre les divers établissements de soins du canton – soit une véritable division du travail appliquée au niveau du système hospitalier.

Le Département de l'Intérieur : un développement très limité

Les finances publiques vaudoises connaissent une grave crise dans l'entre-deux-guerres⁵⁰. Désireuses de limiter le développement de l'Etat pour résoudre ce problème financier, les autorités vaudoises ne peuvent impliquer de nouvelles forces dans la réorganisation du système hospitalier. Le chef du Département de l'Intérieur durant tout l'entre-deux-guerres, le conseiller d'Etat Norbert Bosset⁵¹, est un représentant de l'aile droite du parti radical qui s'affirme sur la scène politique cantonale au début des années 1920⁵². Il n'est pas un promoteur de l'interventionnisme étatique, ni en ce qui concerne le développement de l'Hôpital cantonal, ni à propos d'une éventuelle réorganisation du système hospitalier. Le nombre de fonctionnaires du Service des Secours publics reste d'ailleurs limité au total de cinq personnes qu'il comprend depuis les années 1860 et les chefs de ce service sont toujours des radicaux issus de l'administration cantonale qui ont gravi petit à petit les divers échelons

⁴⁹ Voir pp. 246-247.

⁵⁰ Entre 1914 et 1945, les comptes de l'Etat font apparaître un total de 21 exercices déficitaires sur 32. Sur l'ensemble de la période, les déficits cumulés représentent une somme cinq fois supérieure à celle des excédents cumulés. Cité par François Wisard, op. cit., p. 25.

⁵¹ Norbert Bosset (1883-1969) : docteur en droit, avocat à Avenches (1911), député radical (1909), syndic d'Avenches (1915), conseiller d'Etat (1922-1946) et conseiller aux Etats (1928). Jean-Pierre Chuard, *Helvétia...*, op. cit., p. 366.

⁵² Olivier Meuwly, op. cit., p. 29.

de la hiérarchie. Il n'y a donc pas de volonté étatique de réforme de la politique hospitalière cantonale.

Tab. 46 *Chefs du Service des Secours publics (SSP), 1909-1945*⁵³

Période de fonction	Nom	Carrière professionnelle
1909-1930	Louis-Emile Champendal (1858-1932)	Copiste (1880), secrétaire (1881), adjoint (1894) puis chef (1909) du SSP.
1931-1938	Marcel Chène (1892-1941)	Clerc de notaire, contrôleur au Département des Finances (1915), sous-commissaire au Bureau des contributions publiques (1921), chef du SSP (1931).
1938-1945	Emile Cottier (1890-1981)	Employé au registre foncier d'Orbe (1908), aide puis secrétaire au Département militaire fédéral (1909), secrétaire au Bureau de la police du commerce dans l'administration cantonale vaudoise (1919), secrétaire (1934) puis chef du SSP (1936), directeur de l'Hôpital cantonal (1946).

Les tentatives de réforme du système hospitalier proviennent plutôt du CSH, qui reste au cœur du pouvoir en tant qu'organe consultatif du Conseil d'Etat en matière de santé publique et qui voit ses compétences internes se renforcer dans les années 1930. En effet, même si les membres du CSH restent majoritairement des médecins et des notables radicaux, on recourt dans l'entre-deux-guerres à des personnalités qui ont des compétences particulières. Ainsi Bosset propose-t-il en 1931 « de faire appel à une personnalité choisie dans le monde des industriels ou des commerçants. De grosses questions d'ordre économique devront être discutées prochainement par le Conseil de santé, entre autres la réorganisation administrative de l'Hôpital cantonal, et il serait utile d'avoir un membre du Conseil rompu aux affaires administratives pour qu'il nous fasse part de ses expériences dans ce domaine et nous donne des conseils. »⁵⁴ Rodolphe Rubattel⁵⁵, qui est à ce moment chef de section au Département fédéral de l'économie depuis 1930, est nommé au CSH et accède quelques années plus tard au poste de directeur de l'Hôpital cantonal. Dans le même esprit, le CSH désigne en 1934 un

⁵³ Annuaire officiel du canton de Vaud, diverses années. ACV, Dossiers ATS.

⁵⁴ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 21 avril 1931.

⁵⁵ Rodolphe Rubattel (1896-1961) : docteur en droit, directeur de la *Feuille d'Avis de Montreux* (1920), rédacteur en chef de *La Tribune de Lausanne* (1921) puis de la *Feuille d'Avis de Lausanne* (1925), chef de section au Département fédéral de l'économie publique (1930), directeur de *La Revue de Lausanne* (1931), directeur de l'Hôpital cantonal (1939), député radical au Grand Conseil (1933), juge à la Cour pénale, conseiller d'Etat (1944) et conseiller fédéral (1947). Jean-Pierre Chuard, *Helvétia...*, op. cit., pp. 394-395.

juriste en la personne d'Henri Rapin⁵⁶ « étant donné les questions de droit qui sont intimement liées aux questions médicales que le Conseil est appelé à discuter. »⁵⁷ Ce développement des compétences du CSH correspond tout à fait à la politique de privatisation menée par Bosset durant son mandat. Ce n'est donc pas l'administration cantonale qui est chargée de discuter les réformes du système hospitalier proposées par le prof. Decker mais le CSH, soit une commission nommée par le Conseil d'Etat dont le travail n'est pas soumis à un regard extérieur.

La revendication d'une centralisation des investissements à Lausanne

La modernisation des infirmeries locales a pour conséquence de rendre l'environnement du système hospitalier de plus en plus concurrentiel. Cette évolution se fait au détriment de l'Hôpital cantonal, qui revendique une centralisation des investissements dans ses cliniques et un partage des tâches entre les divers établissements du système hospitalier. La division du travail médical, telle qu'elle commence à se réaliser par exemple dans le Service de chirurgie de Decker, nécessite en effet des moyens financiers accrus et une masse critique de malades. Or, ces deux types de ressources souffrent précisément de la compétitivité renforcée au sein du système hospitalier. La question de l'hospitalisation des malades chroniques – que les infirmeries modernisées ne veulent plus accueillir en nombre – est une première occasion pour le CSH et les médecins proches de la Faculté de revendiquer une intervention de l'Etat au cours des années 1920.

Les mises en garde du Dr Gustave Delay relatives à l'hospitalisation des malades chroniques dans les années 1920

Le prof. Gustave Delay, chef du Service sanitaire puis médecin-chef de la Policlinique universitaire, est un acteur majeur de la rationalisation hospitalière. Il intervient à de nombreuses reprises au CSH pour demander des aménagements à l'Hôpital cantonal qui permettraient de faire des économies (limitation du nombre d'employés, lutte contre l'utilisation "abusive" de spécialités pharmaceutiques, etc.) et est un promoteur actif de la privatisation de certains services hospitaliers⁵⁸. De même, il est l'un des premiers à dénoncer le développement généralisé des infirmeries locales, qui a notamment pour effet une mauvaise répartition des malades chroniques dans les établissements du canton. Déjà en 1922, Delay

⁵⁶ Henri Rapin (1886-1955) : avocat, juge suppléant au Tribunal cantonal (1915) et assesseur de la justice de paix de Lausanne (1918). Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

⁵⁷ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 26 décembre 1934.

déclare qu'« il existe une tendance à transformer les petites infirmeries en gros hôpitaux »⁵⁹ révélatrice du désir des chirurgiens à leur tête de se concentrer sur les cas aigus – qui plus est rentables pour l'infirmerie – et de refuser l'hospitalisation de vieillards et de malades chroniques. Ces derniers sont alors accueillis de plus en plus nombreux à l'Hôpital cantonal, ce qui entraîne une réaction du corps médical et de la direction administrative de l'établissement, dénonçant l'encombrement des lits hospitaliers par ce type de malades. L'évolution de la durée moyenne de séjour – généralement en baisse dans les établissements hospitaliers qui se modernisent – est un bon indicateur de la présence de malades chroniques. Elle est nettement en hausse à l'Hôpital cantonal durant les années 1914-1935 et passe de 29.5 jours à 34.4 jours⁶⁰. En collaboration avec la direction de l'Hôpital cantonal, Delay propose d'inverser la tendance en offrant des conditions spéciales aux infirmeries qui hospitalisent des chroniques et des incurables mais cette proposition ne rencontre pas l'intérêt attendu. Le CSH intervient lui-même dans cette perspective et décide en 1923 de transformer l'Infirmerie Comtesse de Romainmôtier, seul établissement local de soins en sa possession, en asile de vieillards et d'incurables. Il s'agit toutefois d'un très petit établissement qui ne peut à lui seul résoudre le problème de la centralisation à Lausanne des cas chroniques : en 1915, l'Infirmerie Comtesse ne comprend que 18 lits qui permettent l'hospitalisation de 170 malades⁶¹. L'établissement est sous la direction médicale d'un notable radical, le Dr Georges Cornu⁶².

Delay intervient à nouveau au CSH en 1924 pour dénoncer le refus des infirmeries d'accepter les malades tuberculeux et les incurables, alors que ceux-ci ont tendance à remplir les lits de l'Hôpital cantonal. Il affirme alors que leurs « installations chirurgicales [...] ne sont nullement nécessaires ; il cite le cas de l'Infirmerie de Montreux, qui se propose de créer une installation semblable, devisée Fr. 150'000.-, et qui ne répond pas à un besoin. »⁶³ Il demande encore que l'Etat cesse de subventionner le développement de l'infrastructure hospitalière dans les districts. En janvier 1926, les chefs de service de l'Hôpital cantonal interviennent aux côtés de Delay et se plaignent de la modernisation des infirmeries locales. Le prof. Taillens déclare notamment que « le nouvel esprit des infirmeries provient d'une amélioration du corps médical ; la pléthore médicale intervient également, et les médecins tiennent à garder

⁵⁸ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH.

⁵⁹ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 29 mars 1922.

⁶⁰ CRCE, Département de l'Intérieur, 1914-1935.

⁶¹ ACV, K VIII B 113, rapport de l'Infirmerie Comtesse, 1915.

⁶² Georges Cornu (1899-1977) : médecin généraliste formé à Lausanne et Kiel, médecin légiste adjoint du prof. Thélin, établi à Romainmôtier (1925) puis à Pully (1948). Helvétien, il est syndic de Romainmôtier durant douze ans. Jean-Pierre Chuard, *Helvétia...*, op. cit., p. 407.

auprès d’eux les cas intéressants. »⁶⁴ Trois ans plus tard, le prof. Demiéville demande que les opérations d’hernies, très simples techniquement, ne se fassent plus toutes à l’Hôpital cantonal : « il y a suffisamment de jeunes chirurgiens dans le canton, qui ont été à l’école du Prof. César Roux et qui sont parfaitement qualifiés pour opérer des hernieux dans les infirmeries, sans qu’il soit nécessaire de tous les amener à l’Hôpital cantonal. »⁶⁵

Ces revendications commencent à porter leurs fruits et le subside d’agrandissement de 10’000 francs accordé en 1927 à l’Infirmerie de Sainte-Croix se fait en contrepartie de la mise à disposition de quelques lits en faveur des tuberculeux de la région. Mais les travaux de transformation de cet établissements servent surtout à en faire un hôpital équipé de matériel moderne et donc beaucoup plus concurrent que complémentaire à l’Hôpital cantonal. La création par la Ligue vaudoise contre la tuberculose et les milieux philanthropiques de pavillons pour tuberculeux et malades chroniques dans les districts est une étape essentielle dans la résolution de la question de l’hospitalisation de ce type de malades⁶⁶. La création de nouveaux établissements ad hoc permet de satisfaire aussi bien les infirmeries locales que l’Hôpital cantonal. L’Etat accorde ainsi en 1931 des subsides de construction aux infirmeries d’Aigle, d’Orbe et de La Vallée sans demande de contrepartie concernant la prise en charge des chroniques. De même, l’ouverture en 1932 de l’Hospice Sandoz dans le cadre de l’Hôpital cantonal permet de désengorger ce dernier de ses malades chroniques et de régler la polémique sur l’hospitalisation de ce type de malades. Un autre problème beaucoup plus pointu fait alors son apparition avec la nomination de Pierre Decker à la chaire de chirurgie en 1932 : celui de l’hospitalisation des cas chirurgicaux et de la concurrence entre le Service de chirurgie de l’Hôpital cantonal et ceux des infirmeries locales.

La remise en question de la politique hospitalière cantonale par le prof. Decker

Peu après son entrée en fonction (1932), le prof. Pierre Decker, chef du Service de chirurgie, s’illustre par son opposition active à la politique hospitalière cantonale qui admet le développement tous azimuts des infirmeries locales. Il demande une concentration des moyens financiers à Lausanne et une véritable mise en réseau doublée d’une hiérarchisation des divers établissements de soin du canton. Les difficultés rencontrées dans la création d’une nouvelle Clinique chirurgicale, réclamée dès le début des années 1930 mais ouverte seulement en 1947, expliquent largement l’opposition virulente de Decker au développement

⁶³ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 15 octobre 1924.

⁶⁴ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 20 janvier 1926.

⁶⁵ ACV, S 73, procès-verbaux du CSH, 9 mars 1929.

généralisé des hôpitaux régionaux vaudois. Dans les années 1930, le Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal est trop petit et mal équipé en infrastructure médico-technique pour permettre le développement d'une chirurgie d'équipe et l'affirmation de spécialités chirurgicales. De plus, l'amélioration de l'équipement chirurgical des hôpitaux régionaux fait de ces établissements de sérieux concurrents pour l'Hôpital cantonal. Selon le prof. Michaud, « si les infirmeries tiennent aussi à garder ces malades [cas aigus], ceci provient du fait que le médecin de campagne aime opérer, parce que le public y voit un succès immédiat. Il est donc facile pour lui, de se faire, par ce moyen, une bonne réputation, et ceci rapidement. Tandis que les cas de médecine interne sont ennuyeux. Souvent ces cas sont peu clairs, il est difficile de poser un diagnostic, aussi on préfère les envoyer à la clinique médicale universitaire. »⁶⁷ Or, Decker a besoin d'une masse considérable de malades, non seulement pour les nécessités de l'enseignement universitaire, mais aussi pour permettre à la recherche chirurgicale de se déployer. Derrière la revendication d'une nouvelle Clinique chirurgicale se dessine la volonté de centraliser les investissements financiers de l'Etat et de faire des hôpitaux régionaux des établissements de seconde zone pour la prise en charge de malades chroniques, de tuberculeux, de convalescents, etc. – soit de cas beaucoup moins intéressants pour la recherche médicale. Decker est appuyé dans ses revendications par le CSH, qui voit deux possibilités d'intervention pour lutter contre cette trop forte décentralisation de l'infrastructure. A court terme, l'Etat devrait user de ses subventions aux hôpitaux régionaux pour mettre en place une véritable politique d'aménagement du territoire en matière d'infrastructure hospitalière. Le prof. Delay déclare ainsi en 1935 qu' « il ne saurait être question de démolir les infirmeries existantes, mais on peut empêcher d'en construire de nouvelles. Le budget des infirmeries roule essentiellement sur le prix de pension des malades de l'Etat. »⁶⁸ Mais aussi, à plus long terme, « il faut former moins de chirurgiens à l'Hôpital cantonal. »⁶⁹ Le système hospitalier est devenu compétitif et Decker se soucie de la place de son Service de chirurgie sur le marché des soins, d'autant plus qu'il y aurait une baisse des hospitalisations en chirurgie au début des années 1930⁷⁰.

Durant toutes les années 1930, cette question est débattue au sein du CSH. Le Conseil d'Etat est fort sensible à l'argumentation des professeurs, d'autant plus qu'une centralisation des investissements à Lausanne permettrait des économies budgétaires. En effet, en vertu de la loi

⁶⁶ Sur les établissements antituberculeux et leurs relations avec le système hospitalier, voir ci-dessous, pp. 323ss.

⁶⁷ ACV, K VIII D 68, conférence annuelle réunissant les directeurs de l'Hôpital cantonal et de Cery, les représentants des assistants, ainsi que les médecins-chefs, 25 juin 1946.

⁶⁸ ACV, procès-verbaux du CSH, 8 novembre 1935.

⁶⁹ Ibidem.

sur les infirmeries de 1875, l'Etat accorde des subventions pour la construction de bâtiments hospitaliers, une manne qui s'avère décisive pour plusieurs d'entre eux : au milieu des années 1930, Montreux reçoit 16'270 francs à titre d'aide cantonale pour la construction d'un nouvel hôpital (1934) ; Saint-Loup 44'876 francs (1935) ; Rolle 48'150 francs (1936) ; et Nyon 44'000 francs⁷¹ (1938)⁷². Sur préavis du CSH, le gouvernement vaudois décide en 1936 de ne plus octroyer de subsides de construction aux hôpitaux régionaux⁷³. Les intérêts financiers de l'Etat s'accordent alors parfaitement avec la volonté de rationalisation du CSH.

Decker ne se satisfait pas de cette décision. Il rédige un rapport pour le CSH et le Département de l'Instruction publique en janvier 1939 dans lequel il se demande s'il « était justifié de créer, comme on vient de le faire en très peu d'années, des hôpitaux coûteux d'installation, tous les 15 ou même 10 kilomètres. »⁷⁴ Decker réfléchit en terme d'organisation spatiale du système hospitalier et des effets néfastes pour l'Hôpital cantonal de la concurrence que la modernisation des infirmeries apporte. Il dénonce une trop grande densité d'installations chirurgicales, le coût élevé de l'amortissement des nouvelles infrastructures dans de petits hôpitaux généralistes et exige, dans un contexte de crise des finances publiques, la centralisation des investissements à Lausanne. En conclusion, Decker demande une réorganisation du système hospitalier vaudois sur la base d'une complémentarité sectorielle entre établissements : « Ce dont nous avons besoin, c'est d'un hôpital central normalement équipé, avec un budget normal permettant de soigner les malades de chez nous comme sont soignés ceux des autres cantons suisses ou des autres pays. Ce qu'il nous faut, d'autre part, c'est trouver le moyen d'hospitaliser avec un confort suffisant, mais le plus économiquement possible, les indigents qui ne peuvent se soigner chez eux, les vieillards, les chroniques, les incurables. »⁷⁵ Bien que soutenu par La Source, qui affirme que « l'essor actuel a été en grande partie provoqué par la remarquable préparation de jeunes chirurgiens à l'Hôpital cantonal »⁷⁶ et que « nos Infirmeries auront [...] certainement des vues assez larges pour comprendre qu'il est de leur propre intérêt de tenir compte des préoccupations générales

⁷⁰ Les chiffres des hospitalisations par service ne sont malheureusement pas connus pour cette période.

⁷¹ A la fin des travaux de construction et d'équipement, la subvention que touche l'Hôpital de Nyon s'élève à 78'000 francs. Gustave Piotet, op. cit., p. 69.

⁷² CRCE, Département de l'Intérieur, 1930-1940.

⁷³ Décret du 24 mars 1936.

⁷⁴ ALS, rapport du professeur Decker au Département de l'Instruction publique, 14 janvier 1939, non coté.

⁷⁵ Ibidem.

⁷⁶ ALS, lettre de la direction de La Source au Comité de l'Association des infirmeries vaudoises, 24 février 1939, non coté. Le soutien de La Source au prof. Decker s'explique par le fait qu'elle souffre elle-même de la nouvelle concurrence des hôpitaux régionaux et que sa clientèle rassemble de moins en moins de cas chirurgicaux et de plus en plus de malades chroniques. La tendance s'inversera dans l'après-guerre avec l'arrivée d'anciens assistants de Decker qui viennent développer certaines spécialités chirurgicales à La Source.

et lointaines du professeur Decker »⁷⁷, ce rapport entraîne une véritable levée de boucliers dans le canton.

Après l'ouverture de la nouvelle Clinique chirurgicale (1947), Decker se fait moins insistant et résolu. Il est vrai que la conjoncture de l'après-guerre favorise un développement généralisé du système hospitalier et que la croissance des hôpitaux régionaux ne se fait pas au détriment de celle de l'Hôpital cantonal. Decker n'en demeure pas moins conscient des problèmes posés par ce phénomène. Dans une lettre au conseiller d'Etat fribourgeois Paul Torche écrite en 1953, il apporte son appui au projet d'Hôpital cantonal des autorités fribourgeoises⁷⁸ et le met en garde contre les difficultés auxquelles il soit s'attendre : « Ce qui me paraît vraisemblable, c'est que l'esprit qui règne déjà dans le canton de Vaud de dispersion des moyens, de décentralisation extrêmement poussée, se développera aussi dans le canton de Fribourg dans un avenir plus ou moins lointain. Il n'y a rien à faire là contre, je crois : c'est la conséquence inévitable de la pléthore médicale. »⁷⁹ La résignation de Decker s'explique alors très largement par les succès de la politique lobbyiste des infirmeries locales contre laquelle il n'a rien pu faire durant les deux décennies précédentes.

L'opposition des infirmeries à la politique cantonale

Les infirmeries privées, qui se transforment en hôpitaux industrialisés avec l'arrivée des chirurgiens-modernisateurs au cours de l'entre-deux-guerres, s'opposent vivement à la politique de centralisation et de désengagement de l'Etat. Tout d'abord, il s'agit de rejeter les velléités de restructuration du Département de l'Intérieur et celles du prof. Decker. Les médecins en poste dans les hôpitaux régionaux, principalement les chirurgiens, ont fait de ces établissements des outils de travail qu'ils utilisent pour leur pratique privée. Il n'est donc pas question pour eux de réorganiser le système hospitalier dans le sens d'un partage des prises en charge entre l'Hôpital cantonal (soins aigus, notamment dans le domaine chirurgical) et "leurs" hôpitaux (petite chirurgie et malades chroniques). A l'Hôpital de Lavaux, le Dr Charles Rochat, chirurgien, s'oppose par exemple à l'accueil de malades chroniques en provenance de l'Hospice Sandoz pour des raisons essentiellement économiques. Il écrit en 1943 au conseil d'administration de son établissement que « les malades chroniques évacués de l'Hospice Sandoz augmenteront le déficit de l'exploitation de l'Infirmerie de Lavaux. Il faut, en effet, pour les soigner un médecin de service qui coûte à l'Infirmerie Fr. 1200 par an.

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 241-244.

⁷⁹ AEF, DSPa 229, lettre de Pierre Decker à Paul Torche, 31 janvier 1953.

Ces malades nécessitent des soins beaucoup plus assidus de la part du personnel de la maison. Âgés pour la plupart, ils salissent leur lit, d'où la nécessité de laver, de changer très souvent leur literie et leur linge, ce qui est très coûteux par les temps actuels. [...] c'est une mauvaise affaire pour l'Infirmier de Lavaux que de vouloir décharger l'Hospice Sandoz. Je pense que nous avons assez de malades chroniques hospitalisables dans notre clientèle de Lavaux, et je vois le jour prochain où nous ne pourrons plus accepter ces cas aigus et rentables (accidents, petites opérations) parce que toutes les places seront prises par des malades chroniques qui ne peuvent pas être évacués. L'Infirmier de Lavaux ne sera plus, en quelque sorte, qu'un cul-de-sac. [...] »⁸⁰

Tab. 47 *Malades pris en charge par l'Etat dans quelques hôpitaux régionaux, en % du total, 1920-1940*⁸¹

	Aigle	Montreux	Morges	Nyon	Payerne	Vevey-Samaritain	Hospice de l'Enfance
1920	59.3	22.9	45.1	45.7	46.8	34.5	5.1
1930	33.9	15.9	34.2	36.6	33.2	23.2	6.3
1940	36.0	15.3	32.2	23.7	16.5	16.1	3.3

Cette argumentation financière touche le cœur du problème. En se modernisant, les hôpitaux régionaux s'ouvrent à une clientèle non indigente et rentable qui ne dépend pas de l'aide étatique. Durant les années 1920 et 1930, la proportion des malades dont le séjour est pris en charge par le Service des Hospices – soit les malades indigents – est en forte baisse dans l'ensemble des hôpitaux régionaux. Des établissements tels que ceux de Morges, de Payerne ou de Vevey-Samaritain par exemple, ne comptent guère que 15-16% de malades indigents dans leur clientèle. La part des non-indigents (malades assurés et/ou aisés) devient très largement dominante. Or, c'est précisément avec les pensions et taxes diverses de cette nouvelle clientèle que les hôpitaux régionaux financent leur exploitation. Dans ces conditions, il n'est pas imaginable d'accepter une restructuration du système hospitalier dans le sens d'une centralisation des cas aigus et rentables à Lausanne.

Les chirurgiens-modernisateurs des infirmeries locales disposent d'importants relais politiques qu'ils actionnent pour organiser la résistance contre la politique menée par Decker et le CSH. Cette lutte pour la sauvegarde des hôpitaux régionaux s'inscrit dans un contexte

⁸⁰ Hôpital de Lavaux, lettre du Dr Rochat au conseil d'administration, 3 mars 1943.

⁸¹ Rapports annuels des différents hôpitaux régionaux ; CRCE, Département de l'Intérieur, 1920-1940.

socio-économique particulier qui voit, durant l'entre-deux-guerres, une ville de Lausanne affirmer sa prédominance démographique et économique, tandis que le reste du canton est en phase de stagnation. L'opposition à une centralisation de la médecine hospitalière en ville de Lausanne dépend ainsi autant de facteurs régionalistes et politiques que strictement médicaux. On a affaire à des périphéries qui affirment leur existence, et l'hôpital régional est instrumentalisé dans ce sens par les élites politiques locales.

Même si très peu de chirurgiens siègent personnellement au Grand Conseil – il n'y a guère qu'Alfred Goin, chirurgien de l'Hôpital de Moudon et député libéral – ils sont fortement insérés dans les réseaux politiques locaux⁸². Bon nombre de ces chirurgiens sont conseillers communaux (Chessex aux Planches, Curchod à La Sarraz, Goin à Moudon, Moehrlen à Orbe, Piotet à Nyon, Vuilleumier à Bex, etc.). Les réseaux associatifs jouent aussi un rôle important, à l'image des sociétés d'étudiants – essentiellement Zofingue, mais aussi Belles-Lettres et parfois Helvetia – qui permettent de nouer des liens avec le monde politique. De même, soulignons l'importance des clubs-services, tel que le Rotary Club, dont Samuel Cuendet est l'un des fondateurs de la section locale d'Yverdon (1934). Mario Guex, chirurgien à l'Hôpital de Morges dès 1944, est un bel exemple d'engagement : il est conseiller communal, président du parti libéral morgien et gouverneur du Rotary pour la Suisse occidentale. Il ne faut pas non plus oublier le lobby des hôpitaux régionaux, l'Association des infirmeries vaudoises (AIV), fondée en 1930, au sein duquel les chirurgiens-modernisateurs sont particulièrement engagés, à l'image de Samuel Cuendet, Gustave Piotet et Charles Rochat. Enfin, ces chirurgiens sont totalement soutenus par les comités de direction des divers établissements hospitaliers, qui comprennent généralement des députés locaux. Decker et le Département de l'Intérieur ont donc affaire à une opposition politique forte et structurée de la part des chirurgiens-modernisateurs et des hôpitaux régionaux. Le Dr Payot, chef du Service sanitaire cantonal, en est tout à fait conscient et met en garde ses confrères professeurs en 1946 : « Si nous insistons davantage, nous nous exposons à une pluie d'interventions au Grand Conseil. »⁸³ Certains députés commencent en effet à faire part de leur opposition au développement de l'Hôpital cantonal vers la fin des années 1930, à l'image du député libéral de Montreux Marius Léderrey⁸⁴ qui demande en 1937 – sans succès – la non-entrée en matière lorsqu'il est

⁸² Informations biographiques tirées des ouvrages cités en bibliographie et des dossiers ATS conservés aux ACV.

⁸³ ACV, K VIII D 68, conférence annuelle réunissant les directeurs de l'Hôpital cantonal et de Cery, les représentants des assistants, ainsi que les médecins-chefs, 25 juin 1946.

⁸⁴ Marius Léderrey (1894-1952) : notaire à Montreux, conseiller communal au Châtelard, député, président de la Commission cantonale des finances, membre du Conseil général de la Banque cantonale vaudoise, président du conseil d'administration du chemin de fer MOB. Jean Marc Spothelfer, op. cit., n.p.

question de débattre d'un crédit pour l'agrandissement du service ORL de l'Hôpital cantonal. Il intervient une seconde fois dans ce sens en 1946, toujours en vain, à l'occasion d'un crédit de plus de 700'000 francs pour l'Hôpital cantonal, revendiquant une plus grande attention de l'Etat aux hôpitaux régionaux.

La structuration d'un lobby : l'Association des infirmeries vaudoises (1930-1947)

Afin de mieux défendre leurs intérêts, de combattre la politique gouvernementale et de lutter en faveur d'une augmentation du subside étatique, les infirmeries se regroupent en une Association des infirmeries vaudoises (AIV), fondée le 12 février 1930. La volonté d'adopter une ligne revendicatrice unie face à l'Etat est prise dès le départ. Ce n'est donc pas un hasard si l'Infirmerie Comtesse de Romainmôtier, propriété de l'Etat, est exclue de l'AIV lors de cette réunion⁸⁵. La défense des infirmeries existantes se traduit aussi par l'intervention réussie en 1935-1936 auprès du comité pour une infirmerie à Grandson, afin qu'il verse son argent à celle d'Yverdon, dont l'agrandissement est à l'étude, et qu'il renonce à son projet. L'AIV est consciente de la forte densité hospitalière du canton de Vaud et cherche d'abord à consolider les institutions existantes plutôt que d'en créer de nouvelles. C'est aussi dans ce but qu'elle intervient à plusieurs reprises auprès de l'Etat pour exiger la hausse du prix de la journée d'hospitalisation remboursée pour les indigents (1931, 1932, 1938, 1941)⁸⁶, qu'elle finit par obtenir en 1942. Les administrateurs de l'Hôpital de Château-d'Oex déclarent alors que « cette augmentation des prestations de l'Etat, en faveur des indigents, sollicitée à répétées fois, a été comprise par l'autorité législative, au sein de laquelle nos députés du Pays-d'Enhaut ont appuyé avec succès nos revendications qui étaient celles également de l'Association des Infirmeries vaudoises. »⁸⁷

Bien que les diverses revendications de l'AIV pourraient faire penser le contraire, l'Etat continue à accorder son soutien à l'hospitalisation des indigents. La contribution annuelle publique totale est même en légère hausse au cours de l'entre-deux-guerres et passe de 193'503 francs en 1920 à 372'686 francs en 1945⁸⁸. Cette augmentation est toutefois moins forte que celle de la période précédente (croissance annuelle moyenne de 2.6% contre 7.0% pour la période 1900-1920). Pour l'Etat, ces contributions représentent une part de plus en plus importante des dépenses du Service des Secours publics (5.2% en 1920 ; 7.2% en 1930 ;

⁸⁵ ALS, procès-verbal de la séance de l'AIV du 12 février 1930.

⁸⁶ ACV, K VIII B 213/15, lettre de l'AIV au Département de l'Intérieur, 11 février 1938 ; BGC, 1941.

⁸⁷ Hôpital de Château-d'Oex, rapport annuel, 1942, pp. 2-3.

⁸⁸ CRCE, Département de l'Intérieur, diverses années.

8.0% en 1940) en raison de la politique d'austérité adoptée dans les autres domaines du service.

L'AIV intervient aussi dans la question de la réorganisation du système hospitalier cantonal et répond très fermement au rapport du prof. Decker⁸⁹. Les infirmeries locales sont favorables à une collaboration avec l'Etat mais qui soit volontaire de leur part. Elles rejettent catégoriquement toute intervention de l'Etat dans leur organisation et leur gestion, rappelant qu'elles sont des entreprises privées. Lobby structuré, déterminé et efficace, l'AIV permet le maintien du statu quo pour ses établissements au cours des années 1930-1945. Cette relative position de force favorise ainsi l'affirmation du syndicat hospitalier comme un interlocuteur inévitable de la politique hospitalière dans l'après-guerre.

La lutte contre la tuberculose, entre interventionnisme public et action privée⁹⁰

De la fin du 19^e siècle jusque dans les années 1950, la tuberculose est au cœur des préoccupations de santé publique. Cause principale des décès en Suisse au début du 20^e siècle, avec des taux de mortalité de plus de 2‰ jusque dans les années 1910⁹¹, ce véritable fléau a donné lieu à une multitude d'associations et d'institutions, publiques ou privées, actives dans le domaine de la prévention, des soins et de la prise en charge des malades incurables. Bien que cette lutte ait débouché, essentiellement dans l'entre-deux-guerres, sur la fondation d'établissements – et d'une station, Leysin – spécifiques et relativement autonomes des autres institutions de soins, les relations avec le système hospitalier sont multiples et diverses. Elles posent avec acuité la question de l'interventionnisme public et de l'action privée dans la création des établissements antituberculeux, et révèlent des relations apparemment moins conflictuelles que celles qui se nouent autour des hôpitaux de soins généraux.

En ce qui concerne tout d'abord le problème de la prévention et du dépistage de la maladie, ceux-ci se font principalement dans le cadre d'établissements en marge du système hospitalier (préventoriums, écoles en plein air, colonies de vacances, etc.), subventionnés par l'Etat mais relevant de l'action philanthropique privée au sein de laquelle la Ligue vaudoise contre la

⁸⁹ ACV, K VIII B 213/15, rapport de l'AIV sur les requêtes de Decker de janvier 1939, 27 avril 1939.

⁹⁰ La lutte antituberculeuse a donné lieu à plusieurs recherches historiques, portant souvent sur des aspects particuliers de la question. Une vue d'ensemble de cette thématique, avec notamment une approche économique et sociale de la station de Leysin, fait toutefois défaut et ferait l'objet d'une belle recherche. Pour une première approche, voir Elena Gottraux-Biancardi, *L'âge d'or de la Ligue vaudoise contre la tuberculose*, Université de Genève, mémoire de licence, 1987, 254 p. et les travaux de Geneviève Heller, « Leysin et son passé médical », in *Gesnerus*, 1990, pp. 329-344 et Charlotte Olivier, *La lutte contre la tuberculose dans le canton de Vaud*, Lausanne, Ed. d'en bas, 1992, 244 p.

⁹¹ Elena Gottraux-Biancardi, op. cit., p. 24.

tuberculose (LVT), fondée en 1906, joue un rôle déterminant. Lieux de dépistage et de soins ambulatoires, les dispensaires antituberculeux (DAT), considérés par la Dresse Charlotte Olivier comme « l'arme la plus incisive, la plus utile et la plus efficace pour combattre la tuberculose »⁹², prennent parfois place dans des établissements hospitaliers. La référence en la matière, dans le canton de Vaud, est le DAT ouvert en 1906 à Lausanne, dans le cadre de la polyclinique universitaire, et confié à Charlotte Olivier. C'est sur ce modèle que les diaconesses de Saint-Loup mettent sur pied des DAT dans le cadre d'infirmes, comme c'est par exemple le cas à Morges (1908) et à Montreux (1931). Elles occupent par ailleurs à la fin des années 1930 une quinzaine de postes de sœurs visitantes dans le canton⁹³. Les relations entre les DAT et le système hospitalier sont ambivalentes, puisque les premiers servent autant, par le dépistage des malades, à créer une nouvelle clientèle hospitalière, qu'à soulager les hôpitaux, par le développement des soins ambulatoires pour certains malades. En l'absence de données statistiques sur cette question, il est toutefois difficile de mesurer avec exactitude l'influence des DAT sur le système hospitalier.

Dans le domaine de la prise en charge institutionnelle des malades, la tuberculose donne naissance à une véritable cité hospitalière dans le cadre de la station de Leysin. Reprenant à leur compte une vision mythifiée de la vie en sanatorium de montagne, véhiculée notamment par des témoignages tels que le célèbre roman de Thomas Mann, *La Montagne magique*, les historiens ont jusqu'ici souvent mis l'accent sur la particularité de la station antituberculeuse de montagne, considérée comme « une contre-société proche de l'utopie sociale »⁹⁴, et la coupure avec le monde réel, le monde d'en bas. Leysin ne vit toutefois pas en autarcie. Les relations avec le système hospitalier sont nombreuses et prennent diverses formes. On observe tout d'abord d'importants flux d'argent et de malades en provenance de la plaine. La société de la Station climatérique de Leysin, fondée en 1890 par des médecins lausannois influents (Edouard de Cérenville, Paul Demiéville et Louis Secrétan) et le promoteur montreuisien Ami Chessex⁹⁵, ouvre en 1891 et 1892 les premiers sanatoriums de la station, destinés à une clientèle rentable. Dans leur sillage apparaissent d'autres hôtels et cliniques, dont les nombreux établissements du Dr Auguste Rollier, établi à Leysin en 1903, qui contribuent à la renommée de la station. L'hospitalisation des tuberculeux aisés semble ainsi se faire en

⁹² Cité par Elena Gottraux-Biancardi, op. cit., p. 126.

⁹³ J. Vincent, *Aux écoutes de la souffrance...*, op. cit., pp. 297-300.

⁹⁴ Guy Saudan, *La médecine à Lausanne du XVIIe au XXe siècle*, Lausanne, Faculté de médecine de l'Université/Denges, Editions du Verseau, Roth & Sauter, 1991, p. 155.

⁹⁵ Ami Chessex (1840-1917) : hôtelier à Montreux, promoteur du développement touristique de la Riviera lémanique, membre de nombreux conseils d'administration (Banque de Montreux, Société romande d'électricité, Peter-Cailler-Kohler, etc.), député radical au Grand Conseil. *DHS*.

direction de Leysin dès les années 1900 et ne pose pas apparemment pas de problème de concurrence avec les établissements hospitaliers de plaine : on a probablement affaire à une population qui se faisait jusque-là soigner à domicile.

La problématique est différente en ce qui concerne les tuberculeux indigents. La prise en charge de ce type de malades est d'actualité dès les années 1890 car ils ne disposent alors pas d'établissements spécifiques, ni en plaine, ni à Leysin. Alors que certains sont favorables à l'envoi des tuberculeux dans des sanatoriums de montagne ou à leur hospitalisation dans les infirmeries locales, le prof. Bourget, chef de la clinique de médecine interne, est plutôt favorable à leur maintien dans le cadre de l'Hôpital cantonal, pour des questions aussi bien médicales que pédagogiques. Il déclare en 1898 que « le traitement des malades tuberculeux peut bien plus avantageusement se faire à l'Hôpital cantonal que dans d'autres établissements ou stations climatiques. Au point de vue de l'enseignement universitaire, l'hôpital doit garder les tuberculeux et disposer à cet effet d'installations spéciales. »⁹⁶ La LVT et le Dr Jean Morax, chef du service sanitaire cantonal, sont toutefois opposés aux projets du prof. Bourget et plutôt en faveur d'une hospitalisation des tuberculeux indigents à Leysin. C'est la raison pour laquelle l'Etat, dans le cadre d'une Fondation de bienfaisance du centenaire de l'indépendance vaudoise, créée en 1898, décide de signer une convention avec la Société de l'Asile de Leysin (1890)⁹⁷. Initiée par le Dr Fritz Morin, phtisiologue à la tête de plusieurs cliniques privées de Leysin, cette société permet l'ouverture d'un Sanatorium populaire (1902), qui devient un lieu privilégié de l'hospitalisation des tuberculeux indigents.

Les relations entre la cité de Leysin et le système hospitalier sont aussi visibles en termes de carrières médicales. La montagne magique voit se construire des savoirs médicaux qui s'autonomisent en spécialités médicales (radiologie, pneumologie, chirurgie thoracique, etc.) et qui permettent à de jeunes médecins formés à Leysin de redescendre en plaine pour y continuer leur carrière. C'est notamment le cas des radiologues Alfred Rosselet et Marc Ramseyer, devenus respectivement professeur de radiologie et chef du service de radiologie de l'Hôpital de Saint-Loup ; du Dr René Burnand, directeur du Sanatorium populaire (1911), puis privat-docent (1922) et chargé de cours (1929) en phtisiologie ; ou du Dr Gérard Favez, assistant dans les cliniques de Leysin (1943) puis médecin-chef de la clinique Sylvana à Epalinges et du DAT de la polyclinique de Lausanne (1952) et professeur de médecine pulmonaire (1966)⁹⁸.

⁹⁶ ACV, K VIII, B 6/2, Protocole des séances du CSH, 12 mars 1898.

⁹⁷ ACV, K VIII B 6/2, Protocole des séances du CSH, 1898 et K VIII B 56, 22 avril 1898.

⁹⁸ Informations biographiques tirées de Olivier Robert et Franceso Panese, op. cit.

Malgré les succès enregistrés par la station de Leysin, il subsiste des promoteurs d'une hospitalisation des tuberculeux en plaine, parmi lesquels le prof. Louis Bourget. Ceux-ci mettent en place des établissements spécifiques liés au système hospitalier. Bien que les autorités sanitaires cantonales aient privilégié, en 1898-1900, la prise en charge des tuberculeux indigents à Leysin, Bourget n'abandonne pas son idée de création d'un pavillon aux abords de l'Hôpital cantonal. L'architecte lausannois Georges Epitoux réalise même un projet alors que rien n'est décidé⁹⁹. Malgré ses appuis politiques – il est radical et membre de l'Helvetia – Bourget ne parvient pourtant pas à concrétiser de son vivant cette revendication. Une motion demandant la création d'un hôpital pour tuberculeux de 100 lits est bien déposée au Grand Conseil en 1911 mais elle rencontre l'opposition du Conseil d'Etat et du législatif. En fin de compte, il faut attendre l'intervention d'un ami du prof. Bourget, l'industriel belge Ernest Solvay¹⁰⁰, pour voir se réaliser la construction du pavillon grâce à un don de 100'000 francs en 1914. Dans l'entre-deux-guerres, l'offre hospitalière de plaine pour tuberculeux s'étoffe aussi grâce à la fondation de quatre pavillons par la LVT et les milieux philanthropiques (La Côte 1923, Mottex 1924, Chamblon 1931 et Saint-Loup 1936), ainsi que l'ouverture, dans les années 1930, de divisions pour tuberculeux dans certains hôpitaux régionaux comme à Aigle et à Payerne. Enfin, il faut relever, sur le marché des tuberculeux aisés, l'ouverture en 1916, aux abords de Lausanne (Epalinges), de la clinique Sylvana par un élève de Bourget, le Dr Francis Cevey, privat-docent d'affections pulmonaires et futur professeur de médecine sociale (1937)¹⁰¹. Il s'agit semble-t-il de la seule clinique qui concurrence en plaine les établissements de Leysin destinés aux patients aisés.

Ces diverses installations, qu'elles se trouvent à Leysin ou en plaine, viennent soulager le système hospitalier d'une clientèle certes parfois rentable mais dont les affections et les durées de séjour hospitalier qu'elles entraînent ne correspondent plus au modèle de l'hôpital industrialisé tel qu'il s'affirme dans les premières décennies du 20^e siècle. Elles favorisent ainsi indirectement le mouvement de transformation et de modernisation des hôpitaux. Le réseau d'institutions ainsi mises en place, rendues obsolètes par les succès thérapeutiques des

⁹⁹ ACV, K IX, 1218/70, lettre de Georges Epitoux au prof. Combe, 1^{er} mai 1914. Epitoux écrit ce courrier dans le but de se voir attribuer les travaux du pavillon, rappelant que « Mr. Le professeur Bourget m'honorait de son amitié et je le connaissais depuis fort longtemps. [...] Le projet que j'ai fait gratuitement pour Mr. le Dr Bourget comme participation à ses efforts existe, et j'en ai une copie. Je voudrais très instamment vous prier, soit de me recommander auprès de l'autorité cantonale, soit de me présenter à Mr. Le Dr Heim afin que je lui montre les plans qui sont ceux de Mr. Bourget aurait fait exécuter. »

¹⁰⁰ Ernest Solvay (1838-1922) : chimiste belge, fondateur à Couillet (Belgique) de la multinationale Solvay & Cie spécialisée dans la fabrication industrielle de carbonate sodique.

¹⁰¹ Olivier Robert et Franceso Panese, op. cit., pp. 226-227. Cette clinique est rachetée une trentaine d'année plus tard par l'Etat et devient en 1952 le service de phthisiologie de l'Hôpital cantonal.

antibiotiques, se tournera dans les années 1950 et 1960 vers les malades chroniques et incurables, ainsi que vers la réadaptation et la convalescence, laissant ainsi la médecine de haute technologie aux hôpitaux généralistes¹⁰².

3. Le temps des experts : la mise en place d'un plan hospitalier (1945-1966)

Les difficultés financières de l'Etat durant l'entre-deux-guerres expliquent sans doute l'absence de réforme au sein du système hospitalier et l'absence de coordination dans l'hospitalisation des malades entre les divers établissements. La situation est tout autre après 1945. Les finances publiques ne sont plus un frein à l'intervention de l'Etat en faveur du développement coordonné du système hospitalier. De plus, l'évolution socio-économique que connaît le canton après 1945 se caractérise par une forte urbanisation et une recomposition du territoire qui nécessitent un redéploiement du système hospitalier. Il s'agit aussi bien d'annuler la concurrence entre établissements hospitaliers et de la remplacer par une complémentarité géographique et sectorielle, que d'offrir une égalité de traitement entre les divers habitants du canton, quel que soit leur statut (indigent, assuré, etc.) et leur lieu de domicile. Afin de réaliser au mieux cette rationalisation à l'échelle du système, les autorités cantonales font appel à des experts externes chargés de mettre en place un plan hospitalier.

L'affirmation de l'Etat dans la santé publique

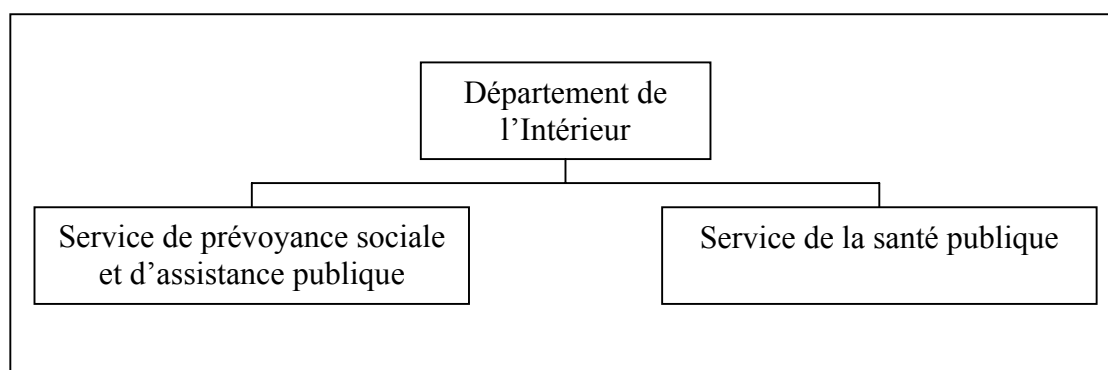
L'arrivée de Gabriel Despland¹⁰³ à la tête du Département de l'Intérieur en 1946 correspond à un tournant important de la politique hospitalière cantonale. La position attentiste adoptée durant l'entre-deux-guerres est abandonnée au profit d'une intervention consensuelle dont le but est d'assurer le fonctionnement du système hospitalier et de répondre aux revendications des principaux acteurs en présence (établissements, médecins et assurances).

Le nombre de fonctionnaires chargés de suivre la politique hospitalière cantonale est en croissance pour la première fois depuis les années 1860 et passe d'un total de cinq personnes avant 1945 à huit en 1950 et onze en 1960. Mais surtout, les années 1950 et 1960 voient l'apparition d'experts externes à l'administration publique en matière de politique hospitalière,

¹⁰² Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 263-267.

mandatés par le Conseil d'Etat pour concevoir le système hospitalier comme un ensemble homogène, qu'il s'agit d'organiser et de gérer dans sa totalité. La restructuration du Département de l'Intérieur qui intervient au milieu des années 1950 illustre tout à fait cette volonté de réforme.

Fig. 16 Réorganisation du Département de l'Intérieur, détail, 1957-1958¹⁰⁴



La réorganisation des années 1957-1958 se caractérise en effet par la séparation des tâches gestionnaires et d'assistance dans la politique hospitalière. Jusque-là, c'était le Service des Hospices qui s'occupait de l'ensemble de ces fonctions. Il est dissout en 1957, lors du départ à la retraite d'Albert Henrioud, et ses fonctionnaires sont répartis entre deux nouveaux services aux attributions bien définies. Le Service de prévoyance sociale et d'assistance publique (SPSAS) comprend divers bureaux (assistance, hospitalisations, comptabilité, contentieux) et intervient dans la politique hospitalière à propos des conditions d'hospitalisation à l'Hôpital cantonal et des conventions négociées avec les assurances, les médecins et les hôpitaux régionaux. Quant au Service de la santé publique, il remplace et reprend les attributions de l'ancien Service sanitaire, et se voit en outre remettre la lourde tâche de coordonner le développement hospitalier cantonal et de mettre au point le plan hospitalier. Il a une direction bicéphale (médecin cantonal et chef de service)¹⁰⁵ qui consacre l'arrivée des experts dans la santé publique. Ces deux nouveaux services restent toutefois dirigés par des hommes issus du sérail traditionnel : aussi bien René Burnet que Daniel Monnet proviennent du Département de l'Intérieur. La réorganisation de 1957 n'est ainsi pas l'occasion d'internaliser de nouvelles

¹⁰³ Gabriel Despland (1901-) : vétérinaire établi à Echallens (1926) dont il est syndic et député radical au Grand Conseil (1934), conseiller national (1941), conseiller aux Etats (1943), conseiller d'Etat (1945). Jean-Pierre Chuard, *Helvétia...*, op. cit., p. 421.

¹⁰⁴ CRCE, Département de l'Intérieur, 1957-1958. En plus des deux services présentés ici, le Département de l'Intérieur comprend la Chancellerie d'Etat, le Service de l'Enfance, le Laboratoire cantonal et le Service vétérinaire.

¹⁰⁵ Jusqu'alors, c'était le médecin cantonal qui fonctionnait comme chef de service.

compétences au sein de l'administration cantonale. Elle répond d'abord à une volonté de rationalisation des tâches au sein du Département de l'Intérieur.

Quant au CSH, il continue de regrouper, outre le conseiller d'Etat en poste à la tête du Département de l'Intérieur et le chef du Service sanitaire, des représentants des professions médicales et des personnalités aux compétences spécifiques. Parmi les douze personnes nommées au CSH durant les années 1946-1955, on dénombre ainsi cinq médecins¹⁰⁶ et sept "experts" dont l'avocat et homme d'affaires André Baumgartner, le professeur de psychologie Pierre Jaccard et Fernand Vuilleumier, directeur d'une agence publicitaire et président du Club d'efficiencia de la Suisse romande¹⁰⁷. En 1958, le CSH est toutefois réorganisé en direction de compétences plus médicales que gestionnaires. Regroupant notamment le médecin cantonal, le chef du Service de la santé publique, le vétérinaire cantonal et le procureur général autour du conseiller d'Etat en charge de l'Intérieur, le CSH se concentre sur les questions d'exercice de la médecine, laissant les questions gestionnaires et organisationnelles aux fonctionnaires du Département de l'Intérieur.

Tab. 48 Chefs du Service des Hospices, puis du Service de la Santé publique et du Service de la Prévoyance sociale et de l'assistance publique¹⁰⁸

Période de fonction	Nom	Carrière professionnelle
1946-1957	Albert Henrioud (?-?)	Sous-secrétaire (1921) puis secrétaire (1930) au Service de l'enfance et au Département de l'Intérieur (1936) ; chef du Service de l'Intérieur (1940) ; chef du Service des Hospices (1946)
1957-1970	Daniel Monnet (1911-1989)	Directeur-adjoint de l'Hôpital cantonal ; chef du Service de prévoyance sociale et d'assistance sociale (1957) ; secrétaire général du Département de la prévoyance sociale et des assurances (1970) ¹⁰⁹ .
1957-1981	René Burnet (1919-)	Commis (1942), sous-secrétaire (1946), secrétaire (1947) et premier secrétaire (1953) au Service sanitaire ; chef du Service de la santé publique (1957).

¹⁰⁶ André Jacottet, médecin-vétérinaire (1946) ; Etienne de Meuron, spécialiste FMH en gynécologie établi à Lausanne (1953) ; Louis Gallandat, médecin à Moudon (1953) ; André Conod, médecin à Lausanne (1953) ; Georges Jaccard, chef du service d'hygiène de la ville de Lausanne (1954). Annuaire officiel du canton de Vaud, 1946-1955.

¹⁰⁷ Voir les notices biographiques en annexe 2.

¹⁰⁸ Annuaire officiel du canton de Vaud, diverses années ; ACV, Dossiers ATS.

¹⁰⁹ Le Département de la prévoyance sociale et des assurances est fondé en 1970 sur la base du Service de prévoyance sociale et d'assistance sociale auquel est ajouté le secteur des assurances. Annuaire officiel du canton de Vaud, 1970.

Cette nouvelle structure organisationnelle correspond à l'affirmation de l'Etat comme un intervenant essentiel dans la réorganisation du système hospitalier. Son intervention se fait en deux temps. Tout d'abord, au cours des années 1950, il s'agit de garantir l'hospitalisation des malades de manière uniforme, dans un contexte de hausse des coûts, et d'harmoniser les conditions d'accès aux divers établissements. Dans un second temps, la question de la standardisation des conditions d'hospitalisation pose celle des relations entre établissements au sein du système hospitalier et du passage d'une situation de concurrence à une situation de complémentarité. Débattus au début des années 1960, ces problèmes aboutissent à l'adoption d'un plan hospitalier en 1965.

Garantir l'hospitalisation des malades

La hausse du coût de l'hospitalisation provoquée par les transformations de la médecine hospitalière est au cœur du débat politique des années 1950. Elle pose en effet un double problème. Il s'agit d'assurer la viabilité matérielle des établissements hospitaliers, dont l'essentiel des ressources provient des pensions de malades. Mais le problème est aussi de nature sociale : la garantie d'un accès élargi à la médecine hospitalière devient partie intégrante des tâches de l'Etat. La convention signée en 1953 entre l'Etat et les hôpitaux régionaux règle le problème de l'hospitalisation des indigents. Il reste alors à s'occuper de celui de l'hospitalisation des malades assurés auprès d'une caisse-maladie et des "économiquement faibles", c'est-à-dire des personnes à revenus moyens, non considérées comme indigentes et sans caisse-maladie, qui risquent de plonger dans la pauvreté en cas de maladie. Plusieurs interventions au Grand Conseil soulèvent le problème posé par ces catégories de personnes.

La convention de 1953 pour l'hospitalisation des indigents

Cause principale des conflits entre l'Etat et les hôpitaux régionaux depuis la fin du 19^e siècle, la question du remboursement des journées de malades indigents trouve une réponse satisfaisante au début des années 1950, sous pression du GHRV. Dans un rapport qu'il envoie au Département de l'Intérieur en 1947, il met en effet en avant l'importance des hôpitaux régionaux dans l'hospitalisation des malades et le peu de soutien financier qu'ils reçoivent de l'Etat¹¹⁰. Il met en parallèle les hôpitaux régionaux vaudois – y compris La Source, qui joue

¹¹⁰ ACV, PP 324/9, rapport sur la situation financière des Hôpitaux régionaux du canton de Vaud, 18 novembre 1947

en quelque sorte le rôle d'hôpital régional pour la ville de Lausanne¹¹¹ – et l'Hôpital cantonal, et montre ainsi qu'en 1944, les premiers présentaient une offre de 1'466 lits et comptaient 473'779 journées de malades, tandis que l'Hôpital cantonal ne disposait que de 1'077 lits et dénombrait 356'419 journées de malades. Or, la charge financière pour l'Etat en 1946 se montait à 2.5 millions de francs pour l'Hôpital cantonal et à seulement 343'000 francs pour les hôpitaux régionaux. Ce rapport est ainsi l'occasion pour le GHRV d'exiger de l'Etat le paiement du coût réel de la journée de malade.

Au début des années 1950, les hôpitaux régionaux poussent à la réalisation d'un plan hospitalier cantonal qui organise l'hospitalisation des malades dans l'ensemble du canton. Il s'agirait d'une reconnaissance par l'Etat de leur rôle, et donc de sa participation aux frais de gestion. Vers 1951, une commission d'étude est fondée dans le but de définir les rapports entre l'Etat et les hôpitaux régionaux. La même année, le plan comptable unifié est imposé par le GHRV à ses membres et entre en vigueur. Il se veut non seulement un instrument de gestion mais aussi d'information et de communication. En disposant d'une comptabilité rationalisée et unifiée dans l'ensemble de ses établissements, le GHRV peut se présenter au Département de l'Intérieur comme un partenaire crédible, qui possède des chiffres "scientifiquement" établis¹¹².

Le Conseil d'Etat accède finalement aux requêtes du GHRV et signe avec lui une convention assurant la couverture des frais effectifs engendrés par l'hospitalisation des malades indigents (1953). De plus, cette convention débouche sur la création d'une commission paritaire de rationalisation de l'hospitalisation, regroupant des représentants de l'Etat, de l'Hôpital cantonal et des hôpitaux régionaux, afin de discuter d'une réorganisation du système hospitalier cantonal.

La motion Forel sur les conditions d'hospitalisation (1953)

En 1953, le député popiste Armand Forel dépose au Grand Conseil une motion demandant l'étude de la révision générale des conditions d'hospitalisation dans le canton. En effet, la convention signée avec les hôpitaux régionaux ne règle que la question des malades indigents et laisse de côté celle des adhérents à une caisse-maladie, ainsi que ceux sans soutien. Pour

¹¹¹ Une Infirmerie de Lausanne est ouverte en 1907 dans le cadre de l'Ecole de La Source. Elle fonctionne sur le modèle des infirmeries locales vaudoises et a comme buts d'apporter des soins hospitaliers à la population indigente lausannoise et d'assurer une partie de la formation pratique des infirmières formées dans cette école. Cet établissement signe en 1907 une convention avec l'Etat pour y recevoir des malades indigents afin de décharger l'Hôpital cantonal. Voir Georgette Mottier, *Histoire de l'Infirmerie de Lausanne et de La Source: 1907-1982*, Lausanne, Ed. La Source, 1983, 105 p.

¹¹² Sur ce nouveau plan comptable, voir chapitre 3, pp. 275-276.

ces catégories de malades, il subsiste ainsi de fortes disparités selon l'établissement dans lequel ils sont hospitalisés et/ou selon l'assurance à laquelle ils sont affiliés. De plus, le statut d'indigent est traité de manière différente selon que l'on soit pris en charge dans un établissement du GHRV ou à l'Hôpital cantonal. Dans ce dernier, il existe une échelle dégressive entre l'"indigent complet" – qui ne paie rien – et le non-indigent : c'est la direction de l'Hôpital qui décide le montant de la participation de l'hospitalisé selon ses conditions matérielles. Dans les hôpitaux régionaux, en vertu de la convention passée avec l'Etat, ce dernier rembourse la totalité des frais pour les "indigents complets" et rien pour les autres. La motion Forel demande ainsi « la normalisation des conditions d'hospitalisation entre tous les établissements de notre canton, de même que l'extension des conventions passées avec les caisses-maladie aux hôpitaux régionaux. »¹¹³

Cette intervention n'a d'autre but que d'établir une véritable égalité de traitement entre tous les habitants du canton. Elle soulève toutefois la question du statut de l'Hôpital cantonal, dont les conditions d'hospitalisation privilégiées assurent la présence d'un grand nombre de malades. Les ténors de la Faculté craignent des effets pervers de la motion Forel sur l'Hôpital cantonal en terme de nombre d'hospitalisations¹¹⁴. C'est l'occasion pour le prof. Decker de réaffirmer son point de vue qui n'a pas changé malgré l'ouverture de la nouvelle clinique chirurgicale. Il rédige avec le prof. Rochat un rapport défendant l'Hôpital cantonal, approuvé par le Conseil de Faculté. Le prof. Vannotti « exprime sa reconnaissance à MM. Decker et Rochat. L'Hôpital Nestlé devient un asile de vieillards. Certains hôpitaux régionaux, par exemple celui d'Yverdon, ne lui envoient jamais de cas intéressants, mais seulement de vieux artério-scléreux. Il a l'impression que le médecin vaudois a beaucoup moins l'orgueil de sa Faculté que les médecins de Berne ou de Zurich. »¹¹⁵ Le prof. Jeager se demande à ce propos « si l'on ne devrait pas convoquer les députés médecins pour leur expliquer notre point de vue. »¹¹⁶ Quant à Rochat, il « se déclare surpris que certains médecins d'hôpitaux se soient acoquinés avec le député Forel pour organiser une offensive contre l'Hôpital cantonal. Il est persuadé que la plupart des médecins des hôpitaux régionaux sont des ennemis de la Faculté et se désintéressent complètement de la mission d'enseignement qui incombe à la Faculté. »¹¹⁷ En fin de compte, le seul membre du Conseil de Faculté à défendre les hôpitaux régionaux est

¹¹³ BCG, 9 décembre 1953.

¹¹⁴ L'uniformisation des conditions d'hospitalisation pour les malades indigents découlant de la convention de 1953 se traduit ainsi par une baisse du nombre de malades hospitalisés à l'Hôpital cantonal durant la seconde partie des années 1950.

¹¹⁵ Archives de l'Université de Lausanne, procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine, 30 octobre 1953.

¹¹⁶ Ibidem.

le prof. Urech, personnellement impliqué dans le problème, puisqu'il est alors médecin-chef de l'Hôpital de Saint-Loup à côté de sa pratique professorale. Il combat l'idée d'une pléthore médicale et trouve d'autres explications qui ne remettent pas en cause le pouvoir médical : « Ce qui a beaucoup augmenté les frais généraux des hôpitaux régionaux, ce sont surtout les salaires des infirmières qui ont été grandement relevés, ce qui d'ailleurs est juste. »¹¹⁸ En fin de compte, la retenue du Conseil de Faculté et de l'Hôpital cantonal à la motion Forel a pour effet son renvoi au Conseil d'Etat pour étude. Ce dernier charge la toute nouvelle commission paritaire de rationalisation de l'hospitalisation de tenir compte des problèmes soulevés par le député popiste dans le cadre de ses réflexions.

La commission paritaire de rationalisation de l'hospitalisation (1954-1960)

Désireux de pérenniser la dynamique issue des rencontres tripartites entre l'Etat, l'Hôpital cantonal et le GHRV qui ont mené à la signature de la convention de 1953, le conseiller d'Etat Gabriel Despland institue une commission de rationalisation de l'hospitalisation, présidée par un juge cantonal, avec des représentants des trois partenaires. Cette commission est un lieu de rencontre et de discussion entre des acteurs en conflit latent depuis plus de cinquante ans et s'avère une étape décisive dans la construction d'une politique fondée sur la complémentarité entre les divers éléments du système hospitalier. Le GHRV reconnaît que les hôpitaux régionaux n'ont plus les moyens de leur politique individualiste et que seule l'aide étatique leur permettra de développer leur infrastructure et de rester des établissements généralistes modernes dans un proche avenir. Pour la première fois en 1954, le GHRV admet la nécessité de discuter d'une nouvelle répartition des malades entre les deux partenaires et le principe de la centralisation à Lausanne « de tous les cas graves et les cas présentant un intérêt scientifique. »¹¹⁹ C'est aussi au sein de cette commission que les représentants du GHRV revendiquent vers 1959 l'adoption d'une planification de l'hospitalisation à l'échelle cantonale. Ils déclarent que « les différents établissements hospitaliers doivent tous s'intégrer dans un plan de coordination pour jouer le rôle qui leur est dévolu. Aucun ne peut ou ne doit faire cavalier seul. Il est, entre autres, indispensable que toute innovation, toute construction nouvelle soient soumises à la Commission paritaire de rationalisation pour étudier comment elles s'intègrent dans le plan d'hospitalisation. »¹²⁰ Cette volonté de coordonner le

¹¹⁷ Ibidem.

¹¹⁸ Ibidem.

¹¹⁹ Archives du GHRV, procès-verbal de la séance du 29 juin 1964. Eugène Zwahlen rappelle la position prise par le GHRV dix ans auparavant.

¹²⁰ Archives du GHRV, plan d'hospitalisation, sans date [1959].

développement de l'infrastructure hospitalière cantonale est renforcée par la motion Cuénoud sur le statut hospitalier (1957), qui « fait l'effet d'une bombe au Grand Conseil »¹²¹.

Le développement quantitatif et qualitatif dont est l'objet l'Hôpital cantonal depuis l'inauguration de sa nouvelle clinique chirurgicale (1949) entraîne des craintes de la part des chirurgiens et des administrateurs des hôpitaux régionaux. La convention signée en 1953 avec l'Etat pour les malades indigents ne suffit en effet pas à leur garantir des ressources suffisantes pour assurer leur modernisation. Le petit Hôpital de Lavaux, distant d'une quinzaine de kilomètres de l'Hôpital cantonal, se sent directement menacé par l'extension de son puissant voisin. Le Dr Charles Rochat, chirurgien à Cully, intervient auprès du président du conseil d'administration de l'Hôpital de Lavaux, le député libéral François Cuénoud¹²², et lui suggère « de mettre sur pied un programme politique d'hospitalisation »¹²³ plus favorable aux établissements régionaux. Hostile par principe au développement de l'Etat et de la Faculté de médecine¹²⁴, Cuénoud dépose en 1957 une motion demandant « la modification du statut hospitalier vaudois »¹²⁵ soutenue par le GHRV et les Groupements patronaux vaudois. La discussion d'un crédit de neuf millions que le Conseil d'Etat se propose d'accorder à l'Hôpital Nestlé (clinique médicale de l'Hôpital cantonal) est l'occasion de revendiquer une décentralisation des équipements hospitaliers ainsi qu'une collaboration entre l'Hôpital cantonal et les hôpitaux régionaux. Cuénoud déclare : « Nous savons qu'après l'Hôpital Nestlé et ses neuf millions, ce sera le tour de l'Hôpital Sandoz, puis d'autres pavillons, d'autres services et ainsi de suite. C'est pourquoi il nous semble logique et nécessaire de demander au Conseil d'Etat de définir une politique claire et précise en matière hospitalière. »¹²⁶

Cette motion est renvoyée à deux reprises à une commission pour étude complémentaire (1957 et 1958). L'examen de la question est ensuite confié à une seconde commission nommée par le Conseil d'Etat en 1959 dans le but de définir une nouvelle politique hospitalière. Le gouvernement vaudois est en effet d'autant plus sensible à cette problématique que certains services de l'Hôpital cantonal connaissent de graves problèmes de

¹²¹ Archives du GHRV, lettre de Zwahlen à Bel, économiste de l'Hôpital de Payerne, 2 décembre 1957.

¹²² François Cuénoud (1904-1965) : commerçant dans le Lavaux, syndic de Cully, député, promoteur de l'Hôpital de Lavaux dont il est président du conseil d'administration. ACV, Dossiers ATS.

¹²³ Archives du GHRV, note de François Cuénoud à Charles Rochat, sans date.

¹²⁴ Dans sa note à Rochat, Cuénoud écrit que « pour le moment le fonctionnarisme mène le bal. Administration cantonale voit une augmentation de fonctionnaires, Direction de l'Hôpital cantonal un agrandissement de la boîte, Médecins de l'Etat des possibilités de prestige, les pauvres députés pensent que pour l'Eglise et les malades il ne faut pas discuter et personne n'osera s'opposer à une demande de crédit en leur faveur. Alors les milieux intéressés ne manquent pas d'en profiter aveuglement. » Ibidem.

¹²⁵ BGC, 27 novembre 1957.

¹²⁶ Ibidem.

surcharge au milieu des années 1950. Au député socialiste Fernand Petit qui se soucie de l'encombrement de l'Hôpital cantonal dans une interpellation au Grand Conseil en février 1955, le Conseil d'Etat répond que « le premier remède à l'encombrement permanent de certains services de l'Hôpital cantonal réside dans une répartition plus judicieuse des malades entre les différents établissements hospitaliers du canton »¹²⁷ et que la commission de rationalisation de l'hospitalisation a été chargée de cette question.

Malgré ces diverses interventions au Grand Conseil, la commission de rationalisation n'aborde que très peu le problème d'une réorganisation de la politique hospitalière dans sa totalité. Ses travaux se concentrent sur la mise sur pied d'une convention d'hospitalisation pour les malades assurés auprès d'une caisse-maladie dans l'ensemble des établissements de soins du canton – hormis les cliniques privées. L'uniformisation des conditions d'hospitalisation et l'abandon d'une position de concurrence à l'intérieur du système hospitalier sont les principes qui mènent à l'adoption en 1960 d'une convention d'hospitalisation pour les malades assurés par l'Etat, les hôpitaux régionaux, les assurances et les médecins. Les négociations menées au sein de la commission de rationalisation de l'hospitalisation durent pendant toute la période 1954-1960 et visent, dans une perspective consensuelle, à répondre aux attentes de chacun.

Pour les hôpitaux régionaux, l'enjeu est d'obtenir des conditions d'hospitalisation identiques à celles pratiquées à l'Hôpital cantonal qu'ils accusent de faire « une sorte de concurrence déloyale ou plutôt un dumping intolérable. »¹²⁸ En effet, la couverture étatique de son déficit budgétaire lui permet de pratiquer des tarifs d'hospitalisation pour malades assurés en dessous du seuil de rentabilité de l'établissement, politique qui n'est pas réalisable dans les hôpitaux régionaux. La position du GHRV face à l'Etat et aux assurances est sans équivoque : « Les malades assurés hospitalisés doivent payer le même prix dans tous les établissements hospitaliers publics ou semi-publics. »¹²⁹ De plus, ce tarif d'hospitalisation ne devrait pas être inférieur au prix de revient moyen.

L'Hôpital cantonal et le Département de l'Intérieur accèdent à la requête du GHRV, qui est une condition nécessaire à la standardisation recherchée. La convention signée en 1952 entre l'Hôpital cantonal et la Fédération vaudoise des sociétés de secours mutuels (FVSSM) est ainsi dénoncée par l'Etat en 1958, afin d'y adjoindre les hôpitaux régionaux, ce qui nécessite une forte hausse des tarifs conventionnés pour les assurances. Or, ces dernières ont de graves

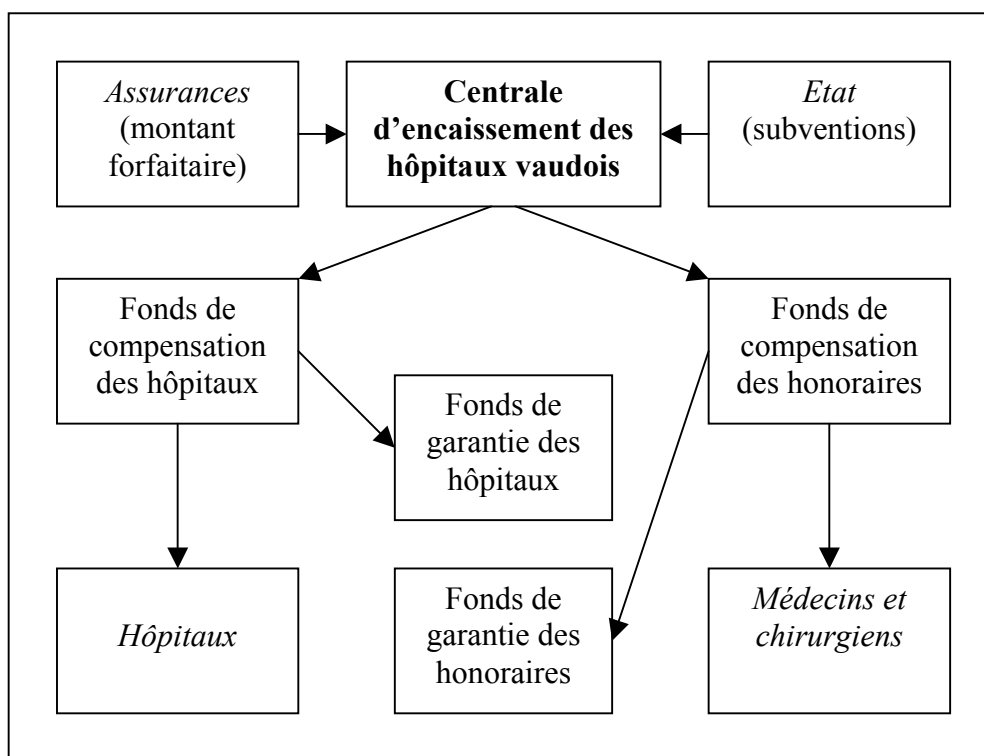
¹²⁷ BGC, 3 mai 1955.

¹²⁸ Archives du GHRV, exposé d'Eugène Zwahlen à la Société vaudoise de médecine, 16 janvier 1958.

¹²⁹ Ibidem.

difficultés liées à la hausse des prix (inflation + coûts des hospitalisations) beaucoup plus forte que l'augmentation des subsides fédéraux. Les plus importantes caisses-maladie du canton présentent de forts déficits d'exploitation : la Société vaudoise des secours mutuels (env. 60'000 membres) aurait perdu 544'000 francs en 1957 et l'Helvetia (env. 27'500 membres) plus de 320'000 francs en 1958¹³⁰. L'augmentation des tarifs conventionnés ne peut donc que déboucher sur celle des cotisations des membres¹³¹. Cette situation entraîne plusieurs interventions au Grand Conseil durant les années 1958-1959 de la part de députés de gauche qui défendent un accès facilité aux soins hospitaliers pour l'ensemble de la population et de représentants des caisses-maladie qui exigent la tenue de négociations avec l'Etat. Afin de garantir un tarif conventionné unique dans les établissements du canton et de favoriser l'affiliation de la population à une assurance-maladie malgré la hausse des cotisations, le Conseil d'Etat adopte une loi sur l'encouragement à l'assurance qui entre en vigueur en 1957 et apporte son soutien aux catégories sociales défavorisées¹³².

Fig. 17 Fonctionnement de la Convention hospitalière



¹³⁰ BGC, 27 mai 1959.

¹³¹ La FVSSM enregistre en 1958 une hausse des cotisations mensuelles de près de 10% (de 22 francs à 24 francs par mois). AFHV, exposé d'Eugène Zwahlen à la Société vaudoise de médecine, 16 janvier 1958.

¹³² Loi du 3 septembre 1956 sur l'encouragement à l'assurance-maladie.

La question des assurances étant résolue, reste celle des médecins en poste dans les hôpitaux régionaux et du remboursement de leurs honoraires. Ici aussi, la diversité entre établissements est extrême. Afin de rationaliser le système et de contrôler la croissance des coûts, le GHRV, les assurances et l'Etat revendiquent le passage à des honoraires forfaitaires mais ils se heurtent à l'opposition de la Société vaudoise de médecine, qui défend le principe d'honoraires à l'acte pour ses membres. Après négociation, la SVM accepte le principe d'honoraires forfaitaires (1.5 franc par jour et par malade en 1958), sauf pour les chirurgiens qui exigent d'être payés à l'acte. Afin de dépasser cette opposition, le GHRV propose la mise sur pied d'un organisme chargé d'encaisser auprès des malades et des assurances des montants forfaitaires – calculés sur la base des honoraires moyens payés l'année précédente¹³³ – et de verser aux chirurgiens des honoraires à l'acte. Si cette mesure répond à une exigence des chirurgiens, elle entraîne des lourdeurs bureaucratiques dans les hôpitaux régionaux et l'engagement d'employés administratifs¹³⁴.

La convention signée entre les divers partenaires en 1960 débouche sur l'ouverture d'une Centrale d'encaissement chargée d'assurer son fonctionnement financier. Son but est de garantir pour les assurances un prix d'hospitalisation identique dans l'ensemble des hôpitaux du canton (hôpitaux régionaux et Hôpital cantonal), qui, ajouté à une aide de l'Etat, couvre les dépenses réelles des établissements hospitaliers, ainsi que les honoraires médicaux. Après une mise en réserve – dans les fonds de garantie – pour assurer un déficit éventuel de l'un ou l'autre des fonds de compensation, l'argent encaissé par la Centrale est remis aux hôpitaux et aux médecins. Après l'adoption de ce mode de financement, la reconduction de la convention se discute sur la base de l'indexation des coûts d'hospitalisation et des honoraires médicaux. Elle restera en vigueur jusqu'en 1980, date de l'entrée en vigueur du principe d'une enveloppe budgétaire accordée à chaque établissement hospitalier.

Ainsi que l'explique Eugène Zwahlen en 1958, le véritable enjeu de la convention de 1960 réside dans le fait qu'« avec l'application de ce système, la fameuse concurrence que nous fait l'Hôpital cantonal sera purement et simplement supprimée. »¹³⁵ L'élimination de la concurrence à l'intérieur du système hospitalier, ainsi que la prise en considération des

¹³³ « Ce calcul s'effectuera, pour 1957, en tenant compte de toutes les opérations de grandes ou petites salles, de tous les accouchements, de toutes les réductions de fractures, etc. etc., en un mot, en tenant compte de toutes les prestations dépassant Fr. 10.- du tarif cantonal. Le total de ces honoraires sera divisé par le total des journées de malades et nous aurons ainsi le prix de revient moyen des honoraires chirurgicaux, pour une journée de malades. » Archives du GHRV, exposé d'Eugène Zwahlen à la Société vaudoise de médecine, 16 janvier 1958.

¹³⁴ Voir chapitre 3, p. 272.

¹³⁵ Archives du GHRV, exposé d'Eugène Zwahlen à la Société vaudoise de médecine, 16 janvier 1958.

revendications de ses divers acteurs (assurances, médecins, hôpitaux), permettent la construction, au cours des années 1960, d'une nouvelle politique hospitalière cantonale fondée sur la complémentarité entre les établissements hospitaliers. Cette nouvelle étape se fait par l'intermédiaire d'une nouvelle catégorie d'experts (sociologues, architectes) qui interviennent dans le système hospitalier.

Le Plan hospitalier de 1966 : une garantie au développement généralisé du système

Les négociations ayant mené à la signature de conventions pour les malades indigents (1953) et les malades assurés (1960) ont montré que la rationalisation des hospitalisations est réalisable, à condition de tenir compte des attentes des divers partenaires. C'est sur la base de ces expériences consensuelles que la rationalisation s'étend à l'équipement hospitalier au cours des années 1960.

La commission consultative de l'hospitalisation (1959-1961)

Le Conseil d'Etat décide en 1959 de mettre sur pied une nouvelle commission consultative à propos des questions hospitalières qui regrouperait les principaux acteurs de l'hospitalisation dans le canton¹³⁶. Présidée par le juge cantonal Georges Rosset, elle comprend des représentants de la Société vaudoise de médecine (SVM) – dont le Dr Paul Anex, radiologue à l'Hôpital d'Aigle, et le Dr Paul-Henri Thélin, chirurgien à l'Hôpital de Montreux –, de la Fédération vaudoise des sociétés de secours mutuels (FVSSM), du Groupement des Hôpitaux régionaux (GHRV) et de l'Etat – des fonctionnaires du Département de l'Intérieur et des représentants de l'Hôpital cantonal. Cette commission n'a pas véritablement de tâche précise, son mandat officiel étant de faire « des propositions en vue d'établir des relations normales entre caisses-maladie, hôpitaux régionaux, établissements hospitaliers cantonaux, dans l'intérêt bien compris des malades et des autres parties intéressées. »¹³⁷ Pourtant, de manière informelle, cette commission joue un rôle déterminant dans la construction de la politique hospitalière cantonale. Elle permet de réunir des représentants des différents acteurs du système hospitalier et de discuter d'une solution qui les satisfasse tous sur des questions qui vont au-delà de la convention de 1960 qui ne règle que le problème de l'hospitalisation des malades assurés. Cette nouvelle commission reprend à ses débuts les questions abordées – de manière multilatérale entre les divers acteurs – lors des négociations pour la mise au point de

¹³⁶ La commission de rationalisation de l'hospitalisation, mise sur pied en 1954 suite à la convention de 1953 sur l'hospitalisation des malades indigents, ne comprend pas de représentants des assurances ni des médecins.

¹³⁷ Archives du GHRV, arrêté du Conseil d'Etat, 21 avril 1959.

la convention de 1960, dans le but de résoudre les derniers problèmes d'application, tels que l'extension des subventions de l'Etat aux assurés indigents, par suite de la hausse des cotisations, réclamée par les caisses-maladie, ou l'indexation des tarifs négociés en 1958. De manière plus générale, elle poursuit le travail consultatif effectué durant la période 1954-1960 par la commission de rationalisation, dissoute en 1961. Le Conseil d'Etat lui donne pour mandat en septembre 1960 de reprendre l'ensemble de la problématique de l'hospitalisation, soulevée par différentes motions et pétitions depuis 1953 (Forel, Cuénoud, Cardinaux, etc.) auxquelles il n'a jamais été formellement répondu, et de donner des lignes directrices qui satisfassent les divers partenaires.

Sous la pression d'une pétition déposée au Grand Conseil en février 1960, la commission demande au Conseil d'Etat de poursuivre la politique d'encouragement à l'assurance-maladie dans le but d'augmenter la proportion de la population couverte par une assurance, qui ne se monte en 1960 qu'à environ 50%¹³⁸. Cette proposition est prise en considération et le budget de l'Etat en faveur de l'encouragement à l'assurance-maladie passe de 450'000 francs en 1960 à 750'000 francs l'année suivante¹³⁹. Plusieurs membres de la commission, emmenés par le directeur de l'Hôpital cantonal Raymond Gafner, demandent même l'adoption d'une assurance-maladie obligatoire subventionnée par l'Etat, le Dr Piotet arguant que « les assistés, comme les économiquement faibles [i.e. les classes moyennes], sont loin d'avoir tous les capacités de discernement qui leur permettent de concevoir l'obligation d'être prévoyants. »¹⁴⁰ Cette proposition rencontre toutefois l'opposition du conseiller d'Etat Despland, plutôt favorable à l'initiative privée et au statu quo en la matière. Il déclare à cette occasion que « le terme "assistance" n'existe plus et que les partis de gauche le mettent en avant pour leur propagande politique »¹⁴¹ et demande alors à la commission d'abandonner ses réflexions sur les assurances-maladie et de se concentrer sur les problèmes de coordination de la politique hospitalière.

C'est à cette époque qu'elle reprend les discussions laissées en suspens par la commission de rationalisation. Dans le rapport qu'elle adresse en mars 1961 au Conseil d'Etat, elle dresse l'inventaire de l'infrastructure hospitalière existante dans le canton. Répartissant les divers établissements selon le critère du type de malades pris en charge (aigus, chroniques, autres),

¹³⁸ Cette proportion serait alors de 90% dans le canton de Zurich et de 70-80% dans celui de Berne. AFHV, procès-verbaux de la Commission consultative d'hospitalisation, 2 novembre 1960.

¹³⁹ Archives du GHRV, procès-verbaux de la Commission consultative d'hospitalisation, 14 décembre 1960.

¹⁴⁰ Archives du GHRV, procès-verbaux de la Commission consultative d'hospitalisation, 11 janvier 1961.

¹⁴¹ Archives du GHRV, résumé de l'entretien intervenu le 31 janvier 1961 entre M. le Conseiller d'Etat Despland, Chef du Département de l'intérieur et M. le Juge cantonal André Rossel, Président de la Commission consultative d'hospitalisation.

elle affirme que « les malades ne sont pas répartis rationnellement dans les établissements hospitaliers »¹⁴² et que les 8'910 lits hospitaliers disponibles dans le canton sont insuffisants, particulièrement en ce qui concerne les malades chroniques. La complémentarité fonctionnelle des divers composants du système hospitalier devient un nouvel enjeu de la politique hospitalière, dans la continuité de l'abandon de la concurrence. Ces propositions rejoignent celles émanant du Service de la santé publique et de ses propres groupes de travail, qui s'ouvrent aux représentants de la SVM, du GHRV et de la FVSSM en 1961.

Le Groupe de travail pour l'établissement du programme des constructions des bâtiments hospitaliers (1959-1966)

A l'origine, ce groupe de travail, fondé en 1959 par le Conseil d'Etat, a pour mission de mettre sur pied l'extension de l'Hôpital cantonal, notamment au niveau immobilier. A sa demande, le groupe de travail se voit secondé par un Bureau d'études pour la Cité hospitalière vaudoise, fondé par le Conseil d'Etat en 1960 et dirigé par un architecte lausannois, William Vetter. La nomination de Vetter à la tête de ce bureau correspond à la volonté des autorités cantonales de recourir à un expert internationalement reconnu en matière de développement hospitalier. La conception de la nouvelle clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal (1947), avec la collaboration de Jean-Pierre Vouga, lui a en effet permis de se faire remarquer par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de se voir confier de nombreuses missions dans des pays en voie de développement au cours des années 1950 (Jordanie, Syrie, Turquie, Vietnam, etc.) où il supervise la construction de grandes unités hospitalières¹⁴³. Le travail mené à Lausanne par le Bureau de Vetter est directement à l'origine de la conception du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)¹⁴⁴.

Libéré du problème de l'extension de l'Hôpital cantonal, le groupe de travail se voit alors confier en 1961 une nouvelle tâche, celle de « promouvoir un réel plan hospitalier cantonal »¹⁴⁵ et de coordonner le développement des établissements hospitaliers cantonaux avec les autres constructions hospitalières. Pour ce faire, il s'adjoint en 1961 des représentants du corps médical, des assurances et des hôpitaux régionaux – souvent les personnes qui siégeaient à la commission consultative en 1959-1961. Relevant le fait que « l'équipement

¹⁴² Archives du GHRV, rapport au conseiller d'Etat Despland, 13 mars 1961.

¹⁴³ ACV, Dossiers ATS.

¹⁴⁴ Sur la conception du CHUV au cours des années 1960 et 1970, voir Anne-Marie Clavel et Louis-Samuel Prod'homme, *Historique de la mutation de l'Hôpital cantonal de Lausanne en Centre hospitalier universitaire vaudois de 1959 à 1990*, s.l., 1993, 290 p., ainsi que Véronique Dreyfuss, *Le Bloc hospitalier du CHUV. Essai de géographie urbaine*, Lausanne, L'Aire, 1979, 120 p.

hospitalier du canton s'est développé sans aucune vision d'ensemble »¹⁴⁶, le groupe de travail désire planifier les besoins futurs en tenant compte du système hospitalier existant et de ses possibilités de développement. Ici aussi, le groupe de travail propose le recours à des experts qui puissent évaluer la situation de manière "scientifique". Le Conseil d'Etat accepte le principe d'un plan hospitalier en 1962 et en confie la réalisation au Bureau d'études dirigé par Vetter. Il est fait appel à des sociologues pour appuyer le groupe de travail et le Service de la santé publique : Léo Gagnebin et Pierre Gilliand sont engagés pour cette tâche. La planification hospitalière quitte ainsi le domaine des commissions consultatives et est remise entre les mains d'experts. Gilliand explique en 1964 aux représentants du corps médical et des hôpitaux régionaux que « la planification [...] c'est l'effort d'organisation, de coordination et de prévision pour augmenter la capacité de maîtriser les événements. »¹⁴⁷ Il réalise au cours des années 1960 une étude socio-démographique prospective dans laquelle il évalue les besoins en infrastructure hospitalière au début des années 1980. Mettant en avant le vieillissement de la population comme principale caractéristique de l'évolution démographique future, il en conclut que celle-ci « modifie profondément la structure des besoins hospitaliers exprimés en fonction du nombre de lits par classe d'âge, par service d'admissions et par groupe de diagnostics. Aussi la gériatrie prend une place grandissante dans les établissements généraux existants. Cette constatation pose directement la question de la structure de l'hôpital général, et même celle du réseau hospitalier de soins généraux. »¹⁴⁸ Les études réalisées par Gilliand pour la mise au point du plan hospitalier sont défendues sous forme de thèse, dont la supervision est assurée par Pierre Jaccard, professeur de sociologie et membre du CSH, Armand Delachaux, professeur de médecine sociale et préventive, ainsi qu'un fonctionnaire français de l'OMS, le Dr Robert Frédéric Bridgman, qui est l'un des promoteurs de la planification hospitalière sur le continent européen depuis les années 1940. Détenteur d'un savoir novateur reconnu, Gilliand s'affirme comme le principal expert en matière de planification hospitalière en Suisse romande durant la seconde partie du 20^e siècle¹⁴⁹.

¹⁴⁵ Archives du GHRV, procès-verbal des discussions du Groupe de travail pour l'établissement du programme des constructions des bâtiments hospitaliers, 27 novembre et 18 décembre 1961.

¹⁴⁶ Ibidem.

¹⁴⁷ Archives du GHRV, procès-verbal de la séance du 29 juin 1964.

¹⁴⁸ Pierre Gilliand, *Vieillesse démographique et planification hospitalière. Etude fondée sur les données de la Suisse et du canton de Vaud*, Lausanne, Département de l'Intérieur, 1969, p. 165.

¹⁴⁹ Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 302-303.

L'équipe de Vetter développe des collaborations multilatérales avec les hôpitaux régionaux, les médecins et les assurances, dont les revendications restent les mêmes (absence de concurrence, tarif forfaitaire d'hospitalisation, honoraires chirurgicaux à l'acte, etc.). Après deux ans de travail, le Service de la santé publique présente l'état de ses travaux aux médecins et aux hôpitaux régionaux. La complémentarité fonctionnelle entre les établissements du système hospitalier est fondée sur un double mouvement de centralisation à l'Hôpital cantonal des « techniques médicales et chirurgicales compliquées »¹⁵⁰ et de décentralisation dans les districts de « la médecine et la chirurgie générale, les maternité et la gériatrie. »¹⁵¹ Afin d'évaluer les besoins au mieux, des projections économiques et démographiques à l'horizon 1980 sont réalisées, de même qu'une enquête à propos de « la clientèle de nos différents hôpitaux. »¹⁵² Ces études montrent toutefois la nécessité d'éviter une trop grande décentralisation de l'équipement. Le canton de Vaud est ainsi découpé en zones sanitaires, dans chacune desquelles est prévue la construction de nouveaux hôpitaux - dits "de zone" – généralistes de 150 à 250 lits. A l'intérieur de chaque zone sont conservés les autres hôpitaux régionaux – dits "régionaux" ou "locaux" – centrés sur la prise en charge de malades chroniques et de cas de gériatrie pour lesquels les travaux du Bureau d'études ont révélé un manque important à combler.

Cette structure hiérarchique entre hôpitaux est une position consensuelle qui permet d'obtenir l'accord du GHRV – dont le poids politique est important¹⁵³ – pour une centralisation limitée du système hospitalier et le maintien de l'ensemble de ses établissements membres, ce qui était l'un des objectifs premiers du groupement. Eugène Zwahlen informe ainsi les administrateurs de l'Hôpital de Lavaux en juin 1964 « confidentiellement que certains hôpitaux ne seront maintenus que par tradition et que déjà maintenant ils sont amplement suffisants pour les besoins de leurs districts, ce sont notamment Château-d'Oex, La Vallée et Orbe qui ne maintient que grâce à la renommée de son chirurgien. »¹⁵⁴ Pour les hôpitaux régionaux, le plan hospitalier est nécessaire afin d'obtenir à nouveau des subsides de construction de la part de l'Etat, pour de nouveaux bâtiments hospitaliers que les ressources philanthropiques ne permettent plus de financer.

¹⁵⁰ Gilliard ne définit alors pas encore ce qu'il entend par « technique compliquée ». Archives du GHRV, procès-verbal de la séance du 29 juin 1964.

¹⁵¹ Ibidem.

¹⁵² Ibidem.

¹⁵³ Lors des discussions sur la mise en place du plan hospitalier, Eugène Zwahlen écrit aux membres du GHRV pour les prier « de s'abstenir à l'avenir de toute intervention soit au Grand Conseil, soit au Conseil d'Etat, soit au Département de l'Intérieur [...] ». Archives du GHRV, lettre d'Eugène Zwahlen aux membres du GHRV, 25 juin 1963.

¹⁵⁴ Hôpital de Lavaux, rapport d'Eugène Zwahlen au conseil d'administration, 30 juin 1964.

L'appui du GHRV au plan hospitalier étant acquis, reste à obtenir celui du corps médical, ce qui n'est pas une sinécure. Le représentant des médecins informe le groupe de travail en décembre 1964 que « le climat n'est guère favorable au sein de la SVM, d'une part du fait de la crainte d'une étatisation et d'autre part du souci des omnipraticiens en ce qui concerne leur activité future. »¹⁵⁵ En matière d'étatisation, c'est surtout le passage à une rémunération forfaitaire, voire un engagement à temps complet avec rémunération mensuelle fixe, que craignent les chirurgiens et autres spécialistes (radiologues, ORL, etc.). Quant aux généralistes, ils craignent que la nomination de médecins à temps complet dans les hôpitaux régionaux ne leur ferment l'accès à ces établissements (radiologie, laboratoires, etc.). Cette question est notamment débattue en ce qui concerne les hôpitaux de zone et le statut des chirurgiens dont le principe des honoraires à l'acte entraîne « une disproportion entre les sommes allouées aux chirurgiens et celles que reçoivent les autres praticiens. »¹⁵⁶ Certains chirurgiens bien introduits au GHRV, comme le Dr Gustave Piotet, défendent le principe des honoraires à l'acte, arguant que le médecin est « une profession libérale [qui doit] conserver le minimum de liberté que lui confère sa dignité »¹⁵⁷ et que « dans une mesure certaine, le médecin d'hôpital remplit les fonctions d'un patron puisqu'il est le seul à pouvoir comprendre dans leur complexité et réaliser les buts de l'institution où il travaille. »¹⁵⁸ Il défend ainsi l'idée d'une double rémunération du corps médical, comme cela se fait à l'Hôpital de Saint-Loup, avec un salaire annuel de base fixe¹⁵⁹ augmenté d'une part variable dépendant du montant global des honoraires encaissés par l'hôpital au cours de l'année. Ce mode de faire permet de concilier les exigences du corps médical et celles des administrations hospitalières¹⁶⁰.

Après discussion, le principe de la fermeture des hôpitaux de zone – sauf pour des médecins assistants aux compétences spécifiques acceptés comme consultants externes – et de la nomination de médecins à temps complet, avec possibilité d'avoir des lits pour leur clientèle

¹⁵⁵ Archives du GHRV, procès-verbaux du Groupe de travail, 3 décembre 1964.

¹⁵⁶ Archives du GHRV, procès-verbaux des séances du Groupe de travail, 28 décembre 1964. Les mots sont d'Eugène Zwahlen.

¹⁵⁷ Archives du GHRV, lettre du Dr Piotet à Eugène Zwahlen, 29 novembre 1965.

¹⁵⁸ Ibidem.

¹⁵⁹ Le salaire de base fixe se monte à Saint-Loup à 60'000 francs par année en 1965. Archives du GHRV, lettre du Dr Piotet à Eugène Zwahlen, 29 novembre 1965. A titre de comparaison, le salaire mensuel moyen pour un employé qualifié masculin s'élève en 1965, selon les chiffres de l'OFIAMT, à 1'629 francs dans le secteur secondaire et à 1'611 francs dans le secteur tertiaire. *Statistique historique de la Suisse*, op. cit., p. 464.

¹⁶⁰ Le maintien des honoraires à l'acte pour les chirurgiens dans la majeure partie des hôpitaux entraîne des abus qui sont dénoncés par le GHRV en 1972. Zwahlen déclare alors que « la multiplicité de telles ou telles prestations permet à un chirurgien par exemple d'encaisser des sommes assez faramineuses qui ne correspondent plus à la notion d'utilité publique qui est à la base de l'exploitation de nos établissements hospitaliers. »

privée¹⁶¹, est adopté. Les hôpitaux dits régionaux, plus petits, restent ouverts à l'ensemble du corps médical agréé. Quant au problème des honoraires, dépendant de négociations bilatérales entre le GHRV et la SVM, il ne trouve pas de solution globale pour l'ensemble des hôpitaux régionaux. De plus, les chirurgiens en poste dans les divers établissements ne participent généralement pas à l'amortissement de l'infrastructure médico-technique qui assure leurs revenus¹⁶².

Le plan hospitalier de 1966

Le plan hospitalier vaudois adopté par le Grand Conseil en 1966 est le fruit d'une nouvelle manière de penser le territoire et son organisation, influencée par des modèles théoriques tels que ceux de Walter Christaller sur les places centrales (1933) et d'Auguste Lösch sur l'équilibre spatial et les aires de marché (1940). Ces analyses affirmant le principe d'une hiérarchie entre les centres urbains fondée sur la différenciation des services rendus à leur arrière-pays, soit une division fonctionnelle de l'espace, apparaissent comme les fondements théoriques des politiques d'aménagement du territoire qui émergent dans le monde occidental de l'immédiat après-guerre, dans le but de réduire les disparités régionales de développement et d'équipements¹⁶³. Les premiers aménagistes de la santé – médecins, architectes, sociologues, etc. – qui travaillent après 1945 à la réorganisation spatiale des systèmes hospitaliers mettent en place une nouvelle territorialisation de la santé publique, elle aussi fondée sur une même logique que celle sous-jacente aux modèles de Christaller et de Lösch, même si cette inspiration n'est généralement pas explicite dans leurs planifications.

Dans le canton de Vaud, l'architecte Jean-Pierre Vouga joue un rôle déterminant dans l'affirmation de l'aménagement du territoire¹⁶⁴. Nommé architecte de l'Etat en 1960, Vouga s'attache notamment à pallier les effets négatifs de la croissance économique en terme d'organisation spatiale, partant du constat de « l'état catastrophique dans lequel se trouvent nos cités et nos régions, tant sur le plan de leur extension anarchique que sur celui de la

Archives du GHRV, le problème de la rémunération des médecins travaillant dans les hôpitaux régionaux vaudois, 20 avril 1972.

¹⁶¹ On se réfère ici à la situation des médecins chefs de l'Hôpital cantonal.

¹⁶² Archives du GHRV, le problème de la rémunération des médecins travaillant dans les hôpitaux régionaux vaudois, 20 avril 1972. Dans certains cantons, les médecins payés à l'acte rétrocèdent une partie de leurs honoraires à l'hôpital pour participation aux frais d'amortissement de l'infrastructure médico-technique. C'est notamment le cas dans le canton de Berne, où cette mesure pose des difficultés. Les médecins de l'Hôpital de Delémont obtiennent à la fin des années 1950, sous la menace, la baisse du taux de rétrocession de 30% à 15%. Voir Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., pp. 258-259.

¹⁶³ Voir Joseph Lajugie e.a., *Espace régional et aménagement du territoire*, Paris Dalloz, 1979, 884 p.

¹⁶⁴ Voir Bruno Marchand (dir.), *Jean-Pierre Vouga, architecte de l'Etat*, Payot, Lausanne, 2000, 192 p.

pollution et de la disparition progressive du patrimoine naturel ou bâti. »¹⁶⁵ Il s'engage ainsi dès sa nomination dans la réalisation d'études théoriques et méthodologiques dans le but de mettre sur pied un plan directeur à l'échelle cantonale. Il est approché à ce titre en 1961 par le Groupe de travail du Service de la santé publique¹⁶⁶. L'expérience qu'a acquise Vouga dans le domaine hospitalier, aux côtés de William Vetter, dans la réalisation de la clinique chirurgicale de Decker (1947) ainsi que dans de nombreux projets réalisés pour le compte de l'OMS, joue en faveur de la prise en compte de la dimension sanitaire de l'aménagement du territoire. Cette préoccupation n'est d'ailleurs pas nouvelle. Peu après la mise en service de la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal, Vetter et Vouga avaient déjà présenté les divers établissements hospitaliers vaudois dans la revue professionnelle des ingénieurs et architectes romands en mettant l'accent sur la forte décentralisation de l'équipement hospitalier (1948)¹⁶⁷. Favorables à la réalisation d'une complémentarité fonctionnelle entre les divers hôpitaux – i.e. concentration des cas aigus à l'Hôpital cantonal – ils plaidaient alors pour la mise en place d'un « plan de santé organique »¹⁶⁸ et déclaraient que « le charme des solutions à petite échelle ne [doit] pas faire perdre de vue que la mise en valeur des édifices existants ne se fera que par un plan d'ensemble, dans l'abandon de ce fractionnement administratif si cher à nos traditions. »¹⁶⁹

Les revendications de Vetter et de Vouga trouvent des appuis importants en provenance de l'OMS, pour laquelle ils ont tous deux travaillé au cours des années 1950. L'OMS développe en effet durant les années 1950 et 1960 une politique de mise en place – dans les pays en voie de développement – et de rationalisation – dans les pays développés – de l'équipement hospitalier. C'est dans ce contexte qu'il faut situer l'émergence de plans d'organisation hospitalière dans les principaux pays occidentaux. Pour le canton de Vaud, c'est l'exemple français qui s'avère déterminant. Très proche du modèle de Christaller et d'une vision rationalisée de l'aménagement du territoire, le plan français de réorganisation hospitalière est en effet basé sur l'idée d'une hiérarchisation et d'un partage des fonctions entre les divers établissements de santé. On aboutit ainsi à un système hospitalier fondé sur la complémentarité fonctionnelle de ses divers composants.

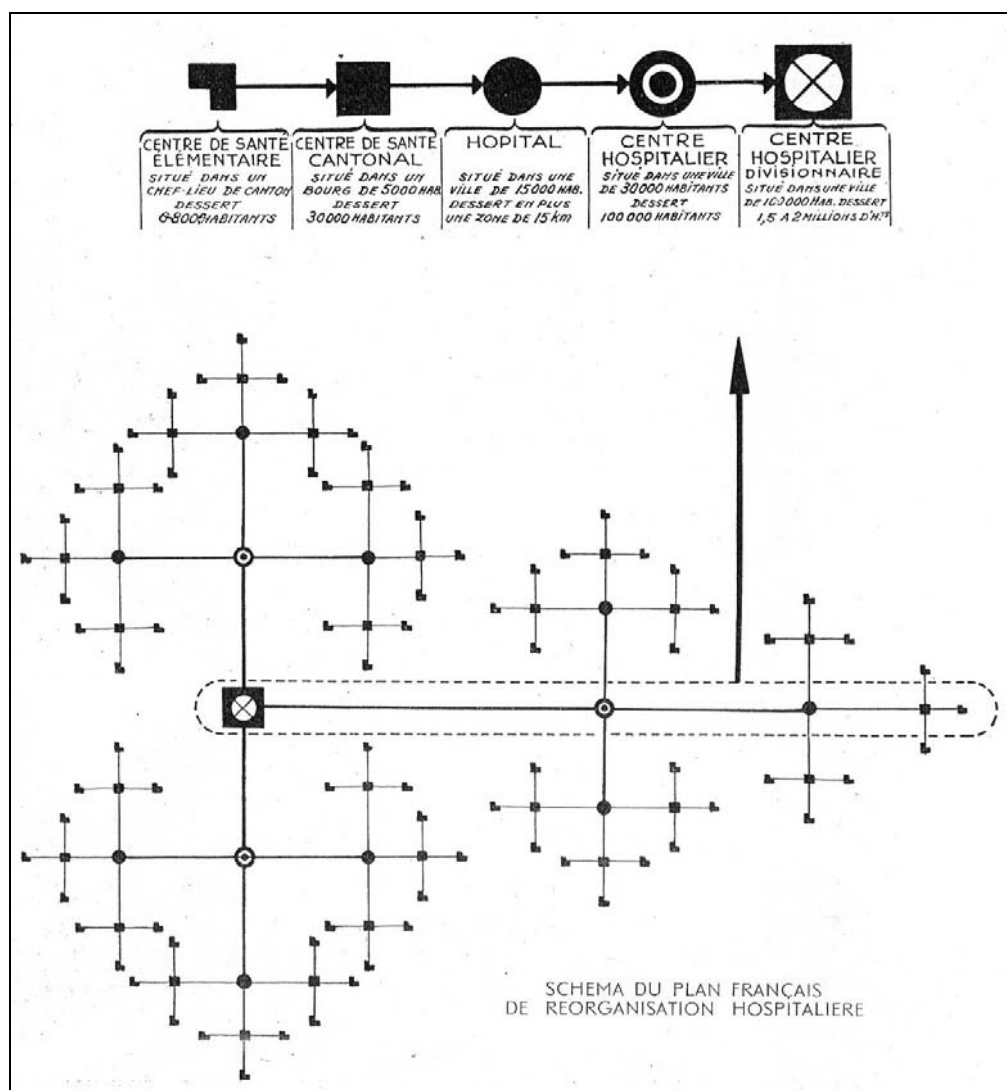
¹⁶⁵ Ibidem, p. 97.

¹⁶⁶ Archives du GHRV, procès-verbal des discussions du Groupe de travail pour l'établissement du programme des constructions des bâtiments hospitaliers, 27 novembre et 18 décembre 1961.

¹⁶⁷ William Vetter et Jean-Pierre Vouga, « Hôpitaux et cliniques du Canton de Vaud. Bases d'un plan de santé », in *Bulletin technique de la Suisse romande*, 26 juin 1948, pp. 176-182.

¹⁶⁸ Ibidem, p. 180.

¹⁶⁹ Ibidem, p. 182.

Fig. 18 Plan français de réorganisation hospitalière, 1947¹⁷⁰

Selon l'un des promoteur de ce modèle, le Dr Robert Frédéric Bridgman, la réalisation de cette « organisation sanitaire cohérente et efficiente [...] requiert des efforts techniques et financiers considérables, mais il importe, afin d'éviter leur dispersion, qu'une coordination rigoureuse soit prévue et que les différentes pièces de notre armement sanitaire soient harmonisées étroitement et ne travaillent plus en ordre dispersé. »¹⁷¹ En tant que médecin rattaché à l'OMS, Bridgman joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la planification hospitalière dans plusieurs pays européens et intervient directement dans la planification hospitalière vaudoise au début des années 1960. Il est en effet non seulement l'un des

¹⁷⁰ « La santé publique », in *L'architecture aujourd'hui*, n°15, novembre 1947, p. 6.

¹⁷¹ Ibidem.

directeurs de la thèse du sociologue Pierre Gilliand, qui apparaît comme le principal fondement théorique du plan hospitalier vaudois, mais aussi consulté à plusieurs reprises par le groupe de travail à propos de diverses questions¹⁷². Bridgman promeut l'idée de classer les différents établissements selon les fonctions qu'ils réalisent dans le système hospitalier, afin de planifier sur le long terme les dépenses d'équipement nécessaires au perfectionnement du système « où toute idée de concurrence est exclue. »¹⁷³ L'Etat se fait fortement interventionniste et devient un organisateur du territoire, dont le but est « d'assurer le passage de l'hôpital d'une économie de marché à une économie dirigée. »¹⁷⁴

Enfin, l'influence de l'OMS est renforcée par un mandat d'expertise du plan hospitalier confié en 1965 par le Conseil d'Etat au Dr Jean-Simon Cayla, directeur de l'Ecole nationale de Santé publique de Rennes et représentant de la France à l'OMS, dont le rapport vient sanctionner la politique hospitalière mise en place¹⁷⁵.

Le plan hospitalier vaudois présente les mêmes caractéristiques d'organisation spatiale que celles évoquées ci-dessus. Son but est de définir une structure du système hospitalier qui puisse ensuite servir de base à la modernisation de l'équipement hospitalier. Le canton est divisé en huit zones, plus larges que l'unité administrative du district, qui correspondent à des espaces socio-économiques nécessitant la présence d'un établissement généraliste de 150 à 300 lits. Ces « hôpitaux de zone » offrent des soins en chirurgie aiguë, en gynécologie-obstétrique, en médecine interne et en pédiatrie qui sont complémentaires à l'Hôpital cantonal et évitent ainsi son encombrement. Ce dernier joue à la fois le rôle de centre universitaire de recherche et de formation, d'hôpital de zone pour la région lausannoise, ainsi que d'hôpital pour la prise en charge des cas spécialisés. Chaque zone sanitaire comprend encore des « hôpitaux régionaux », qui ne sont pas structurés en services fermés et qui fonctionnent autant comme des permanences médicales que des établissements pour la prise en charge de malades chroniques et convalescents. Enfin, le système hospitalier est complété de quelques

¹⁷² *Planification hospitalière 1966*, Lausanne, Département de l'Intérieur, 1966, p. 4.

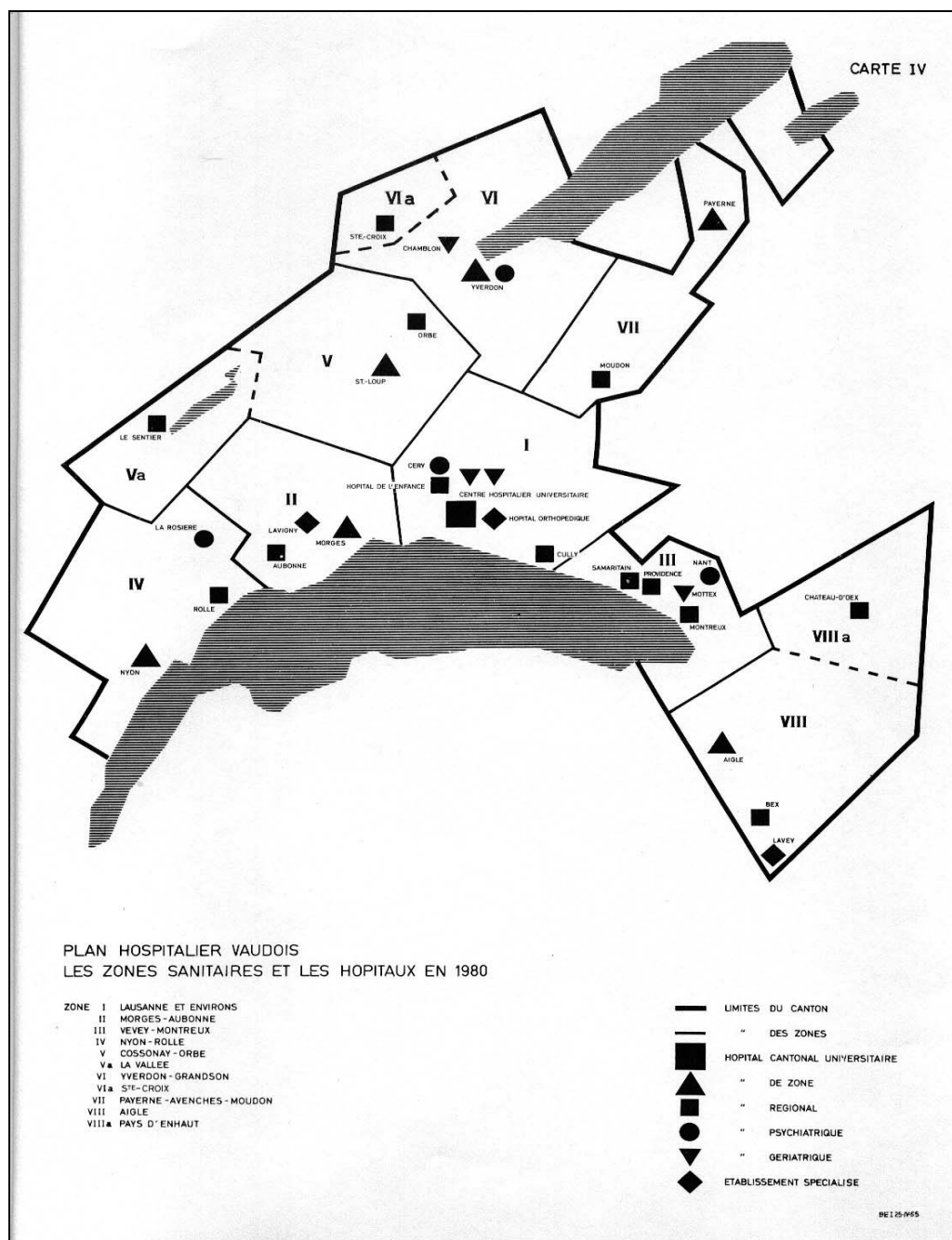
¹⁷³ Robert-Frédéric Bridgman, « Problèmes de gestion hospitalière du point de vue administratif », in *Revue économique et sociale*, 1965, p. 79.

¹⁷⁴ Ibidem.

¹⁷⁵ Cayla n'apporte que des remarques de détail (adoption du plan comptable fédéral, mise sur pied d'une commission de contrôle de la gestion hospitalière, etc.) qui ne remettent en rien en cause le plan hospitalier vaudois. Ce rapport apparaît ainsi d'abord comme une reconnaissance internationale du travail réalisé. Archives du GHRV, *L'organisation et la gestion hospitalière dans le canton de Vaud – Suisse. Rapport sur une mission effectuée entre le 15 octobre et le 3 décembre 1965*, Genève, OMS, 1965, 38 p. Le Dr Cayla sera encore mandaté en 1969 pour réaliser une étude sur les hôpitaux de la région Vevey-Montreux. Quant à l'OMS, elle est aussi mandatée en 1963 par l'Hôpital cantonal de Genève, qui cherche à rationaliser son organisation interne,

établissements spécialisés dans la prise en charge de types particuliers de malades (psychiatrie, gériatrie, etc.).

Fig. 19 L'organisation hospitalière vaudoise selon le plan hospitalier de 1966¹⁷⁶



principalement les flux de malades entre les services de soins (chirurgie, médecine, etc.) et les services techniques (radiologie, laboratoires, etc.).

¹⁷⁶ Planification hospitalière 1966, Lausanne, Département de l'Intérieur, 1966, carte IV.

Ce plan permet ainsi de faire l'état, pour chaque zone, de l'infrastructure existante et des besoins à l'horizon 1980-1985, l'idée étant de planifier dans le temps – en tenant compte de la croissance démographique et du vieillissement de la population – la réalisation des divers équipements manquants de manière rationnelle et économique. Les évaluations font apparaître l'insuffisance des 5'260 lits existants en 1962 et la nécessité de disposer de près de 8'300 lits en 1985, spécialement « pour la réadaptation fonctionnelle et [...] pour les malades chroniques et les vieillards handicapés, comblant ainsi une lacune importante de l'équipement vaudois. »¹⁷⁷ Cette ambitieuse politique a toutefois un coût élevé. Les dépenses d'investissement sont évaluées à un total de plus de 570 millions de francs pour la période 1966-1984. Quant aux dépenses de fonctionnement prévue en 1985, elles s'élèvent à plus de 267 millions de francs. Afin de résoudre les problèmes financiers, le Conseil d'Etat nommera une commission d'études en 1968 et créera l'année suivante un pool bancaire emmené par la Banque cantonale et le Crédit foncier.

Le Conseil d'Etat adopte le plan hospitalier en décembre 1966 et le soumet pour avis au Grand Conseil, qui rend son propre rapport en mai 1967¹⁷⁸. L'ampleur et la durée de l'engagement financier suscitent de multiples interventions, généralement sur des points précis qui ne remettent pas en cause le principe d'un plan hospitalier. Les seules retenues concernent la zone sanitaire I (région lausannoise) et la question de la construction du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), qui remplirait « la mission de centre d'enseignement, d'établissement hautement spécialisé et d'hôpital public de l'agglomération lausannoise. »¹⁷⁹ Ce projet se heurte à la retenue d'une large part de la SVM, qui craint l'affirmation d'une élite médicale en poste au CHUV contre les médecins pratiquant dans des hôpitaux régionaux ou de manière ambulatoire, ainsi que de plusieurs députés non lausannois qui n'acceptent pas que l'Etat mette à disposition de la capitale un CHUV jouant le rôle d'hôpital de zone alors que ces établissements sont de nature privée ailleurs dans le canton. Ces remarques n'entraînent toutefois pas le rejet du plan hospitalier, qui est soutenu à l'unanimité moins trois voix. Quant à la question du CHUV et de l'aménagement de la zone

¹⁷⁷ Ibidem, p. XV.18

¹⁷⁸ Selon la modification du 23 novembre 1965 de la loi sur l'organisation sanitaire, la réalisation du plan hospitalier est une compétence du Conseil d'Etat. Le Grand Conseil intervient au niveau de l'attribution des crédits de construction, qu'il doit approuver.

¹⁷⁹ BGC, 10 mai 1967.

sanitaire I, elle fera l'objet de débats spécifiques sans interférence majeure sur le plan hospitalier lui-même¹⁸⁰.

L'intégration de la psychiatrie à la planification hospitalière

Le plan hospitalier de 1966 prend aussi en considération les établissements psychiatriques du canton. Ces derniers ont évolué depuis le début du 19^e siècle au sein d'un système autonome, sans grandes attaches avec le système hospitalier, qui nécessite lui aussi une réorganisation et le passage d'une situation de concurrence à une situation de relative complémentarité entre secteur public et secteur privé¹⁸¹.

Depuis le début du 19^e siècle, le marché des soins psychiatriques fonctionne comme un système propre, autonome du système hospitalier¹⁸², et comprenant deux types d'établissements. Il y a tout d'abord, à Lausanne, un hôpital public destiné à l'ensemble de la population du canton. Rattaché au Service des Hospices, l'Asile du Champ-de-l'Air (1811), puis l'Hôpital de Cery (1873), représente l'essentiel de la capacité d'accueil mesurée en terme de lits psychiatriques, et comprend, au 20^e siècle, quelques annexes comme l'Hôtel des Bains de Gimel, racheté en 1920 pour les malades chroniques, ou La Grangette, ouverte en 1941¹⁸³. Cette institution cantonale ne se limite toutefois à pas à l'hospitalisation d'indigents mais cherche, dès 1873, à attirer une clientèle aisée et rentable grâce à la mise sur pied d'un service de pensionnaires privés séparé du reste de la population hospitalisée. Cery entre ainsi en concurrence avec le deuxième type d'établissements actifs dans l'hospitalisation de malades psychiatriques, les cliniques privées. Si quelques-unes sont déjà attestées au 19^e siècle, comme la demeure du Dr Schnell, à Avenches, dans les années 1830, ou La Métairie, à Nyon,

¹⁸⁰ Voir Anne-Marie Clavel et Louis-Samuel Prod'homme, *Historique de la mutation...*, op. cit.

¹⁸¹ L'histoire des établissements psychiatriques vaudois est relativement peu développée, en-dehors des publications relatives à Cery. Pour une approche générale, voir Catherine Fussinger et Deodat Tevaearai, *Lieux de folie, monuments de raison. Architecture et psychiatrie en Suisse romande, 1830-1930*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 1998, 212 p., Séverine Pilloud, *La thérapie par le travail dans le traitement de la maladie mentale, du 19^e siècle à nos jours. Le cas du canton de Vaud : de l'hospice des aliénés du Champ-de-l'Air (1810-1873) à l'hôpital psychiatrique de Cery (1873-1970)*, mémoire de licence, Université de Lausanne, 1996, 80 p. et Charles Kleiber (dir.), *La psychiatrie publique vaudoise : situation actuelle et évolutions possibles*, Lausanne, Service de la santé publique et de la planification hospitalière, 1984, 124 p. (recueil de documents).

¹⁸² Le départ des aliénés de l'Hospice cantonal en 1811 pour un établissement qui leur est destiné, l'Asile du Champ-de-l'Air, répond aux exigences des alinénistes d'alors qui demandent un traitement spécifiques pour ce type de malades. Catherine Fussinger et Deodat Tevaearai, op. cit., p. 17. Depuis lors, et jusque dans les années 1960, on observe une stricte séparation entre malades psychiatriques et malades somatiques dans les types d'établissements hospitaliers.

¹⁸³ Hormis les références citées ci-dessus, voir Jean-Claude Wagnières, « Aux origines de l'Hôpital psychiatrique vaudois : l'Asile des Aliénés du Champ de l'Air (1810-1873) », in *Revue historique vaudoise*, 1995, pp. 13-61 et Claude Secrétan, *L'hôpital de Cery, 1873-1973*, Lausanne, Payot, 1973, 140 p.

fondée par les milieux conservateurs genevois et vaudois en 1856¹⁸⁴, la majorité d'entre elles sont fondées durant la première partie du 20^e siècle, véritable âge d'or des cliniques psychiatriques privées. Le manque de documentation ne permet malheureusement pas de toutes les identifier. On peut toutefois mentionner la création de plusieurs d'entre elles par des médecins de Cery qui passent dans le secteur privé. C'est notamment le cas du Dr Frédéric Paschoud, fondateur d'une maison de santé près de Morat puis à La Tour-de-Peilz ; du Dr Henri Pinard, directeur successif de plusieurs cliniques sont celle du château de Prilly ; et du Dr Marc Guillerey, directeur de La Métairie puis fondateur des Berges du Léman, à Vevey, en 1938. Un autre directeur de La Métairie, le Dr Oscar-Louis Forel, se met aussi à son compte et fonde Les Rives de Prangins (1930), tandis que l'on note aussi l'existence durant l'entre-deux-guerres de cliniques à Yverdon, au Mont Pèlerin sur Vevey, à Glion, etc., ainsi que la création de la Fondation de Nant, en 1943, à Corsier-sur-Vevey¹⁸⁵. Ces nombreuses cliniques sont le signe d'un marché lucratif qui est toutefois remis en cause au cours des années 1950 et 1960. Les difficultés économiques de plusieurs cliniques, de même que la volonté des autorités sanitaires cantonales de décentralisation de l'hospitalisation des cas psychiatriques, dans un contexte qui voit l'émergence de la psychiatrie ambulatoire, mènent à un certain rapprochement entre secteurs public et privé. La même logique d'évaluation des besoins et de complémentarité entre établissements qui prévaut dans le système hospitalier après 1945 est appliquée aux institutions psychiatriques, intégrées aux réflexions sur l'aménagement hospitalier du canton au début des années 1960. Les autorités sanitaires découpent le territoire cantonal en quatre secteurs (centre, nord, ouest, est) comprenant chacun un établissement psychiatrique autour duquel se développent des soins ambulatoires. Si l'Hôpital de Cery prend logiquement en charge le secteur centre, l'Etat trouve une solution pour les autres secteurs avec le rachat de cliniques privées en difficulté (la clinique Bellevue, à Yverdon, pour le secteur nord, en 1965 ; les Rives de Prangins, pour le secteur ouest, en 1968). Quant au secteur est, il est organisé autour d'une institution privée reconnue d'utilité publique en 1961, la Fondation de Nant, à qui sont sous-traités les soins psychiatriques pour le secteur est en 1968.

On assiste donc, dans le cas de la psychiatrie, à une réorganisation territoriale proche de celle que connaît le système hospitalier. Nous manquons toutefois de données et d'études pour mieux saisir sur le long terme les grands axes de l'évolution du marché des soins

¹⁸⁴ Claude Bonard, *Aliénistes et maladies mentales à Genève : un prolongement méconnu de la Révolution de 1846 : « l'affaire Coindet »*, Université de Genève, mémoire de licence, 1984, 118 p.

¹⁸⁵ Catherine Fussinger et Deodat Tevaearai, op. cit., pp. 101-123.

psychiatriques dans le canton de Vaud et mettre mieux en lumière la dimension gestionnaire et financière de la restructuration des années 1960 esquissée ci-dessus.

Conclusion

Le plan hospitalier de 1966 est fondé sur un consensus général et la prise en considération des revendications des divers acteurs intervenant dans le système hospitalier, ce qui explique dans une large mesure son succès devant le Grand Conseil. La conjoncture économique et la croissance des ressources publiques permettent de prendre en considération les diverses revendications.

L'Etat joue un rôle décisif dans la construction de cette planification hospitalière consensuelle car c'est lui qui répond aux attentes de chacun. Il y a tout d'abord le problème du maintien des établissements existants. Le GHRV est favorable à une planification sanitaire mais défend et obtient la survie de l'ensemble de ses membres. Les régions dans lesquelles la densité hospitalière pourrait mener à une rationalisation de l'équipement (Vevey-Montreux, Orbe-Saint-Loup, Morges-Aubonne, etc.) voient l'existence de leurs établissements garantie. Dans le même temps, l'Etat accède à la demande de la Faculté de médecine et met sur pied un Bureau d'études chargé de concevoir le CHUV. Ensuite intervient la question de l'uniformisation des conditions d'hospitalisation entre les hôpitaux régionaux et l'Hôpital cantonal, qui se règle par l'adoption de conventions basées sur le principe d'un coût identique de la journée d'hospitalisation : le nivellement des prix se fait alors par le haut, afin de ne léser aucun établissement. La hausse des cotisations des caisses-maladie qui s'ensuit est un effet pervers en terme de garantie de l'accès aux soins pour la classe moyenne mais l'Etat verse depuis 1957 des subventions aux personnes de condition modeste pour aider leur affiliation à une assurance. Quant au corps médical – dans un premier temps, surtout les chirurgiens – qui rejette le principe d'honoraires forfaitaires, il obtient satisfaction avec son rattachement à la caisse de compensation prévue dans la convention de 1960, qui encaisse des honoraires fixes auprès des malades et distribue des honoraires à l'acte au corps médical. Ici aussi, l'Etat s'avère un garant du bon fonctionnement de la caisse dont il assure une partie du déficit.

Hôpitaux régionaux, Faculté de médecine, assurances et médecins voient ainsi leurs principales préoccupations prises en compte. La construction du plan hospitalier ne prêterite aucun acteur, grâce à l'intervention et aux deniers de l'Etat, pour qui la hausse attendue des coûts n'est pas considérée comme problématique¹⁸⁶. Très largement consensuel, le plan de 1966 constitue ainsi la base de la croissance généralisée du système hospitalier vaudois jusque dans les années 1990.

¹⁸⁶ Le Conseil d'Etat estime que le système hospitalier vaudois aura en 1980-1985 des dépenses de fonctionnement – inflation non comprise – trois fois plus importantes qu'en 1965. BGC, 10 mai 1967.

Conclusion générale

L'exemple de la médecine hospitalière vaudoise aux 19^e et 20^e siècles montre que l'histoire de la médecine abordée sous l'angle des systèmes hospitaliers permet de mettre en évidence un certain nombre d'éléments peu appréhendés jusqu'ici. En effet, l'histoire économique des hôpitaux, telle qu'elle s'est constituée en champ de recherche autonome dans les pays anglo-saxons, s'est essentiellement réalisée dans un cadre monographique, autour d'un établissement hospitalier, d'une ville ou d'un type d'acteurs (chirurgiens, administrateurs, etc.). Elle a ainsi montré que le passage d'un modèle hospitalier caritatif à un modèle entrepreneurial repose très largement sur l'intervention de différents acteurs à l'intérieur de l'hôpital (médecins, administrateurs, autorités municipales, classes moyennes, etc.). Les diverses études d'histoire économique des hôpitaux soulignent que la modernisation technique de la médecine se réalise dans des établissements hospitaliers, essentiellement parce que ces derniers permettent une rationalisation du travail médical (centralisation, uniformisation de l'infrastructure, économies d'échelle, etc.). Le financement d'une infrastructure médico-technique plus complexe nécessite alors l'augmentation de la clientèle rentable, qui se fait par l'intervention d'assurances (pour les indigents et les classes moyennes) et de malades issus des classes aisées, ainsi que l'affirmation d'une nouvelle bureaucratie destinée à assurer le fonctionnement de ces institutions. L'exemple vaudois présenté ici corrobore tout à fait ce schéma-type de la transformation hospitalière. Cependant, le seul jeu des acteurs à l'intérieur de ces institutions n'apparaît pas comme un facteur explicatif suffisant. En effet, l'approche par le système hospitalier permet d'introduire la notion de territoire dans l'explication des développements de la médecine hospitalière et de mieux y mettre en lumière les influences du marché.

Cette double importance du territoire et du marché comme facteurs explicatifs du développement de la médecine hospitalière a été jusqu'ici très peu abordée dans

l'historiographie, si bien qu'il est difficile de comparer le cas vaudois à d'autres systèmes hospitaliers, suisses ou étrangers. Il est fort probable que l'organisation de la santé publique à un niveau national dans la plupart des pays occidentaux ait joué en défaveur de recherches historiques menées à l'échelle du système et prenant en considération l'ensemble des hôpitaux concernés. La monographie d'établissement a ainsi souvent eu la préférence des historiens. Si elle a pu déboucher sur d'excellents travaux, cette approche ne permet toutefois pas de souligner les incidences réciproques du territoire et du marché sur l'évolution de la médecine hospitalière. Certes, le marché est bien un facteur explicatif omniprésent dans l'historiographie américaine des hôpitaux, mais on a affaire à une perspective qui ne met pas de limite territoriale à ce marché et ne prend pas vraiment en considération la structure de ce dernier. Ainsi, les hôpitaux concurrents du système – soit l'offre de soins – ne sont que rarement pris en compte et l'aspect économique est souvent réduit à la seule extension de la demande (hausse démographique, urbanisation, apparition des classes moyennes, etc.), ce qui déforme l'analyse en terme de marché.

La situation est quelque peu différente en Suisse, puisque la santé publique y est du ressort des Etats cantonaux. On a donc affaire à des échelles géographiques retreintes qui permettent aisément l'étude d'un système hospitalier territorialisé et une approche cohérente du marché des soins. Il n'y a malheureusement aujourd'hui aucune étude historique qui permettrait de comparer le cas vaudois à d'autres exemples suisses. Pour ce faire, il y aurait lieu de notamment mettre en lumière les systèmes hospitaliers de cantons similaires à celui de Vaud, c'est-à-dire comprenant un centre urbain dynamique et un arrière-pays relativement étendu (Berne, Zurich, Saint-Gall, etc.), de cantons-villes abritant une Faculté de médecine (Bâle, Genève), de cantons catholiques et peu urbanisés (Fribourg, Valais, Suisse centrale, etc.) et de cantons comprenant plusieurs centres urbains de même poids (Neuchâtel, Soleure, Tessin, etc.), afin de mieux mettre en valeur l'originalité et la singularité du cas vaudois au niveau national.

Le système hospitalier vaudois apparaît ainsi comme un cas exemplaire de l'évolution des systèmes hospitaliers occidentaux aux 19^e et 20^e siècles. L'approche adoptée dans ce travail a permis de mettre en évidence cette double influence du territoire et du marché sur la médecine hospitalière. La territorialisation des systèmes hospitaliers s'explique par le fait que ceux-ci ne sont pas sans limites. Ils se construisent dans un cadre géographique cohérent et autonome, qui leur donne une certaine homogénéité, autour de certains axes structurants qui agissent directement sur la transformation des divers établissements hospitaliers. Des oppositions

telles que celles de type centre-périphérie, public-privé ou aigus-chroniques, qui se nouent dans le cas vaudois entre l'Hôpital cantonal de Lausanne et les hôpitaux régionaux, structurent fortement la configuration du système hospitalier et l'organisation interne de ses différents établissements. Or, le territoire n'est pas un substrat immuable sur lequel se construit le système hospitalier. Sa structure interne et l'équilibre entre ses diverses régions socio-économiques sont au contraire fortement évolutifs au cours du temps. La dynamique du territoire influence donc celle du système hospitalier. Le développement généralisé de ce dernier dans la seconde partie du 19^e siècle correspond ainsi à un contexte socio-économique qui voit l'ensemble du territoire cantonal connaître la croissance démographique et l'éclosion de centres urbains, même si celle-ci est plus marquée dans les régions de Lausanne et de Vevey-Montreux. Quant à la remise en question de la politique hospitalière cantonale par les professeurs de la Faculté, qui exigent au cours de l'entre-deux-guerres une centralisation des infrastructures dans la capitale, elle s'explique par l'évolution contrastée du territoire vaudois dans ces années – croissance en ville de Lausanne et stagnation dans le reste du canton. Dans ce contexte, la lutte des infirmeries locales contre les velléités centralisatrices de la Faculté apparaissent comme une revendication identitaire et politique de l'arrière-pays en voie de marginalisation, et pas seulement comme la réaction protectionniste des médecins dirigeant ces établissements. Enfin, la croissance généralisée du canton après 1945 et la recomposition territoriale dans le sens d'une forte urbanisation éclairent l'intervention de l'Etat et l'adoption en 1966 d'un plan hospitalier visant à redimensionner le système hospitalier en fonction de cette réorganisation spatiale.

L'étude du système hospitalier vaudois met aussi en lumière l'importance du marché des soins hospitaliers comme élément structurant du système hospitalier, au sein duquel les divers établissements doivent se positionner les uns par rapport aux autres. La dimension du marché naît de l'interpénétration du système technique médical et du système hospitalier qui se réalise au cours des 19^e et 20^e siècles. Dans un premier temps, jusque vers la fin du 19^e siècle, ces deux systèmes n'interfèrent que très peu l'un sur l'autre et fonctionnent de manière relativement autonome. La chirurgie peut alors être considérée comme un système technique artisanal, fondé sur des connaissances techniques certes ingénieuses et qui se transforment, mais qui ne sont pas uniformisées, ainsi que sur un mode de travail décentralisé. Le chirurgien travaille généralement au domicile des malades et entreprend chaque cas de manière individualisée. L'hôpital, qu'il soit cantonal et public ou local et privé, n'est pas un lieu de travail central dans le cadre de ce système technique. Le système hospitalier ne répond en

effet prioritairement pas à un besoin médical. Sa constitution se réalise dans le canton de Vaud principalement au cours des années 1840-1880 et s'explique d'abord par l'importance que prend la question sociale dans le cadre d'une société en voie de croissance démographique, d'industrialisation et de modernisation : il s'agit alors clairement de venir en aide et d'encadrer les ressortissants des classes sociales défavorisées. Le système hospitalier est organisé selon le principe de la complémentarité entre ses diverses composantes, une complémentarité qui prend plusieurs formes. Elle est d'abord géographique. L'Hôpital cantonal de Lausanne et les infirmeries locales s'adressent en effet à une même catégorie de personnes – les indigents malades ou blessés – mais sur des espaces différents. Le quadrillage du canton de Vaud par une vingtaine d'établissements hospitaliers généralistes est le signe d'un territoire qui connaît une croissance généralisée. Ensuite, la complémentarité entre établissements est aussi sociale. Certaines institutions, telles que les cliniques privées de Lausanne et de la Riviera lémanique, s'adressent aux ressortissants des classes aisées et se développent en lien avec l'essor du tourisme. Elles n'entrent toutefois aucunement en concurrence avec les autres établissements du système hospitalier car elles prennent en charge un type particulier de malades qui n'est pas pris en compte par ces derniers. Enfin, il y a une complémentarité à un niveau fonctionnel. Les quelques établissements spécialisés du système, destinés aux classes indigentes et situés à Lausanne (Asile des aveugles, Hospice de l'Enfance et Hospice orthopédique), répondent à une logique de type marketing, aussi bien sur le marché philanthropique que sur celui des soins. La multiplication des œuvres philanthropiques en ville de Lausanne mène en effet à une diversification et une spécialisation des engagements financiers charitables. Cette volonté rencontre l'intérêt de certains médecins pour leur positionnement dans une niche médicale qui leur permettrait de s'imposer comme spécialiste de la branche. Ici aussi, les établissements spécialisés restent complémentaires des hôpitaux généralistes qui ne s'intéressent pas à ces diverses spécialités.

Les interactions entre système technique médical et système hospitalier se développent dès la fin du 19^e siècle. La transformation du système technique médical vers un modèle industrialisé débouche en effet sur une profonde réorganisation du système hospitalier qui met fin à la complémentarité entre les divers établissements. Sous l'influence de César Roux, qui accède au Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal en 1887 et à la chaire universitaire de chirurgie en 1890, et d'autres chirurgiens principalement formés dans l'espace germanique, le travail chirurgical connaît un double mouvement de concentration et de mécanisation similaire à ce qui s'observe dans d'autres secteurs économiques. Les méthodes de travail et l'infrastructure médico-technique (tables d'opérations, installations radiologiques,

stérilisateurs, etc.) tendent à s'uniformiser. Enfin, le cadre de travail devient fortement hiérarchisé et connaît une première division du travail, à un niveau vertical, avec à sa tête le chirurgien, qui a abandonné pour l'essentiel les visites à domicile. La chirurgie se pratique désormais dans des hôpitaux, lieux dans lesquels se concentrent les nouveaux équipements et les malades, facilitant ainsi une prise en charge d'un nombre croissant de patients.

L'intervention des chirurgiens-modernisateurs dans le système hospitalier bouleverse son organisation interne. Les hôpitaux se modernisent et se transforment avec l'intégration d'une nouvelle infrastructure médico-technique et la construction de nouveaux bâtiments hospitaliers, un redéploiement qui commence dès l'extrême-fin des années 1890 et dure jusque dans l'entre-deux-guerres. Il s'agit alors de dégager les ressources nécessaires à l'amortissement de cet équipement et au fonctionnement d'établissements devenus plus coûteux. La croissance des hospitalisations, et donc des revenus, est une condition nécessaire à la perpétuelle modernisation de l'équipement technique, une croissance qui est essentiellement assurée par l'arrivée en masse des classes moyennes, voire aisées dans certains cas, dans les hôpitaux qui s'inscrivent désormais au cœur du marché médical. Les différentes administrations hospitalières cherchent à attirer un nombre aussi important que possible de malades rentables, à augmenter leurs parts de marché et à positionner leurs établissements les uns par rapport aux autres. Le système hospitalier perd sa complémentarité et tend à devenir beaucoup plus compétitif. Le seul domaine dans lequel celle-ci subsiste est celui de la complémentarité fonctionnelle entre les hôpitaux spécialisés privés, dans lesquels sont décentralisées certaines cliniques universitaires, et l'Hôpital cantonal, qui n'entre pas dans une logique de compétition avec ces institutions comme c'est le cas avec les hôpitaux régionaux et les cliniques privées. Si la complémentarité subsiste à un niveau fonctionnel, ce n'est en effet plus le cas aux niveaux géographique et social. Les hôpitaux régionaux modernisés drainent à eux toute une catégorie de malades, notamment les cas chirurgicaux aigus, qui venaient alors plutôt se faire soigner à l'Hôpital cantonal. De même, l'hospitalisation des malades aisés n'est plus l'apanage des cliniques privées lémaniques mais devient un objet de lutte avec l'Hôpital cantonal et les hôpitaux régionaux, qui cherchent tous deux à hospitaliser ce type de patients rentables. D'une situation de complémentarité, le système hospitalier est ainsi passé à une situation de concurrence.

Or, cette situation de concurrence s'avère défavorable au passage à un nouveau système technique médical. En effet, les méthodes et les techniques de travail en chirurgie évoluent au cours des années 1930 dans le sens d'une division horizontale du travail, favorisée notamment par l'émergence de spécialités médicales. L'affirmation à l'Hôpital cantonal de ce système

technique médical importé des Etats-Unis nécessiterait toutefois un nombre plus important de malades et de nouveaux équipements. Ainsi, Pierre Decker, à la tête du Service universitaire de chirurgie depuis 1932, n'a de cesse de revendiquer une réorganisation du système hospitalier cantonal fondée sur l'abandon de la concurrence entre établissements et une division des tâches entre eux. Le blocage auquel se heurte la réalisation d'une nouvelle chirurgie est en effet de nature économique : elle requiert la centralisation à Lausanne des investissements financiers publics, de même que des cas chirurgicaux aigus, et la décentralisation des malades chroniques et des cas chirurgicaux classiques – scientifiquement moins intéressants – dans les hôpitaux régionaux. Seul le retour à un système hospitalier complémentaire – mais dont la complémentarité serait de nature purement fonctionnelle – semble permettre le passage à une chirurgie basée sur le travail d'équipe.

La volonté de réforme de la Faculté est très mal accueillie par les autres acteurs du système hospitalier, d'autant plus qu'on assiste dans l'entre-deux-guerres à une recomposition du territoire vaudois en faveur de la ville de Lausanne. Les projets de Decker entraînent une vive réaction de la part des hôpitaux régionaux et des chirurgiens-modernisateurs qui n'imaginent pas l'abandon des malades scientifiquement intéressants et financièrement rentables au profit de l'Hôpital cantonal. Il en va de leur autorité de notables locaux et de leur réputation de chirurgien. Le modernisme des chirurgiens montre ainsi ses limites. Cette opposition de principe se heurte toutefois à la dure réalité du financement de ces établissements. Les hôpitaux régionaux connaissent en effet de graves difficultés liées à des ressources financières insuffisantes, qui reposent essentiellement sur les pensions versées par les malades ou ceux qui les supportent (Etat, assurances). Afin d'équilibrer leurs comptes, les hôpitaux régionaux revendiquent une hausse de ces participations et donc un soutien étatique plus important, tandis que les assurances s'adressent aussi à l'Etat afin de garantir des prestations accessibles à une large partie de la population. Après 1945, l'essentiel des acteurs du système hospitalier, à l'exception des chirurgiens-modernisateurs qui revendiquent le maintien du statu quo, se tournent vers le principal bailleur de fonds du système, l'Etat, et entreprennent toute une série de discussions et de négociations. Ces tractations débouchent dans les années 1950 et 1960 sur la signature de conventions et l'adoption d'un plan hospitalier qui ont pour effet la suppression de la concurrence à l'intérieur du système hospitalier au profit de sa cartellisation : le marché des soins n'est désormais plus régi par la loi de l'offre et de la demande mais est partagé entre les divers établissements du système hospitalier. Une nouvelle complémentarité, qui n'est pas géographique mais fonctionnelle, se met en place par l'intermédiaire du plan hospitalier. L'existence des divers hôpitaux est garantie – condition

minimale exigée par le GHRV – et ils se voient confier des fonctions à l'intérieur du plan hospitalier, la recherche médicale et le traitement des cas chirurgicaux aigus se trouvant centralisés à l'Hôpital cantonal. Avec l'adoption du plan hospitalier de 1966, la gestion hospitalière est ainsi abordée au niveau du système et non plus au niveau de chaque établissement. Certes, ces derniers conservent une certaine autonomie dans leur organisation interne et la mise en application des choix faits à l'échelle cantonale, mais les véritables décisions se prennent dorénavant au niveau du système hospitalier qui est pris en considération dans sa globalité. Un changement total de perspective, qui fait déclarer en 1966 le Dr Gustave Piotet, ancien chef de clinique de César Roux et chirurgien de l'Hôpital de Nyon, à certains administrateurs d'hôpitaux régionaux plutôt circonspects : « Vous êtes liés à un système hospitalier, vous êtes tous une cellule de ce système. »¹ Le développement des différents établissements hospitaliers du canton ne dépend désormais plus de la seule volonté des édiles locales et des chirurgiens à leur tête, mais d'un plan hospitalier négocié entre divers partenaires dans une perspective cantonale et organisé par de nouveaux gestionnaires de la santé publique (sociologues, architectes). C'est donc une réorganisation du système hospitalier qui rend possible la réalisation d'un nouveau système technique médical basé sur le modèle américain.

Pour terminer, revenons aux « constructeurs de systèmes » que sont les chirurgiens. Leurs interventions sont en effet déterminantes, aussi bien sur l'évolution du système technique médical que sur celle du système hospitalier. Dans un premier temps, les chirurgiens font preuve d'un très grand modernisme. Derrière César Roux, ils sont les ardents promoteurs de la généralisation d'un système technique médical industrialisé et de la transformation des infirmeries locales philanthropiques en hôpitaux régionaux généralistes, qui deviennent alors leurs instruments de travail. Les chirurgiens donnent une image moderne, positive et volontariste d'eux-mêmes. Ils sont fiers de leur action modernisatrice qu'ils revendiquent comme un héritage de Roux. Or, ces mêmes chirurgiens, ainsi que leurs successeurs, une fois installés à la tête d'établissements hospitaliers modernisés, vont faire preuve d'un véritable conservatisme à l'encontre de l'évolution de la chirurgie comme technique médicale et de la réorganisation hospitalière qu'elle implique. Ils se révèlent même être les principaux opposants à une nouvelle réadaptation du système technique médical parce qu'elle risquerait de remettre en question leur position de domination dans le système hospitalier. Cette attitude

¹ Archives du GHRV, procès-verbal de la séance d'information du 9 novembre 1966.

n'est pas nouvelle : elle est la généralisation, au niveau du système hospitalier, de la position de domination exercée par Roux à l'Hôpital cantonal, qui a allié durant toute sa carrière universitaire modernisme technique et protectionnisme professionnel. En fin de compte, les chirurgiens-modernisateurs n'ont pas seulement acquis chez leur maître des compétences techniques, scientifiques et organisationnelles, mais aussi une vision politique de la médecine hospitalière.

L'ambivalence de César Roux est bien mise en évidence à l'occasion de la réalisation d'un monument commémoratif en son honneur. Parmi les nombreuses personnalités vaudoises qui composent le comité d'initiative constitué en 1938, soit en pleine période d'affrontement entre le Service universitaire de chirurgie et les chirurgiens des hôpitaux régionaux, on rencontre en effet des représentants de ces deux courants se réclamant tous deux de l'héritage de Roux². Le professeur de chirurgie Pierre Decker, son ancien interne, incarne le modernisme technique du maître, ainsi que sa conception centralisatrice de la pratique médicale. Il revendique alors la construction d'une nouvelle Clinique universitaire de chirurgie qui doit permettre l'affirmation du système américain et la perpétuation de l'excellence technique du Service universitaire de chirurgie. Mais on trouve aussi un autre interne de Roux, le Dr Samuel Cuendet, chirurgien de l'Hôpital d'Yverdon, opposant à une restructuration du système hospitalier vaudois et qui s'affirme lui aussi élève de Roux, dans le sens qu'il promeut une chirurgie généraliste et le passage, à l'échelle de l'hôpital régional, à un système technique médical industrialisé. Cuendet supervise d'ailleurs à cette époque la construction d'un nouveau bâtiment hospitalier, inauguré en 1939, qui permettra la mise en œuvre de la chirurgie hospitalière acquise chez Roux, et qui fera de l'Hôpital d'Yverdon l'un des principaux établissements concurrents de l'Hôpital cantonal. Pierre Decker et Samuel Cuendet : deux chirurgiens issus d'une même filière de formation et pourtant tous deux adversaires dans leur conception de la médecine hospitalière. Une dualité dans laquelle réside l'essentiel de l'héritage de César Roux.

² ACV, K VIII D 68, lettre du comité d'action pour le monument Roux au Conseil d'Etat, 4 octobre 1946. Le comité d'initiative de 1938 comprend en outre de nombreuses personnalités politiques et économiques vaudoises.

Annexes

Liste des annexes

- Annexe 1 Notices biographiques des internes du Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Lausanne, sous la direction du prof. César Roux, 1891-1922.
- Annexe 2 Notices biographiques des membres du Conseil de santé et des Hospices, 1885-1955.
- Annexe 3 Notices biographiques des chefs du Service sanitaire (médecins cantonaux), 1857-1964.
- Annexe 4 Malades hospitalisés à l'Hôpital cantonal de Lausanne, 1882-1960.
- Annexe 5 Comptes de l'Hôpital cantonal de Lausanne, 1850-1950.
- Annexe 6 Subventions de l'Etat aux hôpitaux régionaux, en francs courants, 1875-1960.
- Annexe 7 Carte du canton de Vaud.

Annexe 1

Notices biographiques des internes du Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Lausanne, sous la direction du prof. César Roux, 1891-1922¹

Sources : Ouvrages cités en bibliographie ; ACV, Dossiers ATS².

- 1891 *Félix Mercanton* (1867-1956) : médecin à Montreux, fondateur d'une pouponnière, médecin (1908) puis président de la commission administrative (1923) de l'Infirmierie de Montreux, conseiller communal libéral au Châtelard (1900).
- 1891 *Alfred Roesly* (1866-1901)³ : médecin établi dans le canton de Fribourg.
- 1892 *Henri Ceresole* (1867-1926) : médecin établi à Morges, médecin de l'Infirmierie et des écoles.
- 1892 *Casimir Poltowicz*
- 1892 *Gloor*
- 1893 *Gustave Rochaz*
- 1893 *Henri Vulliet* (1869-1932) : chef de clinique de César Roux, chirurgien établi à Lausanne (1897), médecin-chef de l'Hospice de l'Enfance (1910), professeur de médecine des accidents (1913) puis de clinique chirurgicale (1926) à Lausanne.
- 1894 *Maurice Campart* (1867-1936) : médecin à Lausanne, retraité pour raison de santé en 1905.
- 1894 *O. Burckhardt*
- 1894-1895 *Alfred Ackermann*
- 1895 *Fernand Paccaud*
- 1895-1896 *Gustave Ceresole* (1869-?): médecin établi à Rolle, médecin-délégué du district.
- 1895-1896 *Jules Taillens* (1871-1954) : médecin pédiatre à Lausanne, professeur de pédiatrie à l'Université (1913), président-fondateur du Secrétariat vaudois de protection de l'enfance, directeur de la pouponnière Nestlé à Vevey.
- 1896 *François Kopp*
- 1896-1897 *Ernest Zbinden* (1871-1936) : médecin établi à Orbe (1896) puis à Lausanne (1916), conseiller municipal radical et directeur du collège à Orbe, maître d'hygiène à l'Ecole normale de Lausanne, promoteur de la sténographie en Suisse romande.

¹ *Catalogue des étudiants de l'Université de Lausanne, 1891-1922*. Cette publication ne contient plus les noms des internes des cliniques de l'Hôpital cantonal après 1922.

² Pour les informations tirées d'autres sources, je précise.

³ *RMSR*, 1901, p. 342.

- 1897 *Maurice Perrin* (1872-1921) : médecin à Lausanne (1897), à La Brévine (1898) puis à Avenches (1908), directeur du collège d'Avenches (1918).
- 1897-1898 *Charlotte von Mayer* (1864-1945) : épouse du Dr Eugène Olivier, médecin-chef de la Policlinique universitaire de Lausanne (1911) et promotrice de la lutte antituberculeuse.
- 1898 *Grunauer*
- 1898 *Louis Comte* (1870-1959)⁴ : médecin établi à Fribourg (1898), professeur de médecine légale (1917) et recteur de l'Université de Fribourg (1943).
- 1898-1899 *Victor Vella* (1870-1920) : chirurgien établi au Tessin, chef des services de chirurgie des hôpitaux de Lugano (1913) et de Mendrisio.
- 1899 *Louis Senn* (?-1950)⁵ : fils d'un propriétaire foncier, chef de clinique de Roux, médecin en Afrique du Sud puis en Indonésie, candidat au poste de professeur de chirurgie à la Faculté de Lausanne (1932).
- 1899 *Véra de Beloseroff*
- 1899-1900 *Louis Décombaz* (1874-1947) : médecin généraliste dans la vallée de Joux (1899) puis à Pully (1939).
- 1900 *Jules Veillard* (1872-1938) : médecin à Leysin puis en Valais, directeur du Sanatorium populaire genevois de Clairmont (1903), médecin à Lausanne (1905).
- 1900 *Paul Campiche* (1876-1956) : chef de clinique de Roux, chirurgien à Lausanne puis à San Francisco (1908) où il fait toute sa carrière et devient professeur à la Faculté de médecine. A sa retraite, il revient en Suisse et est l'initiateur d'une banque de sang comme il en existe aux Etats-Unis.
- 1901 *Victor de Senarclens* (1875-1957) : médecin à Lavey puis à Genève, fondateur du Cartel d'hygiène sociale.
- 1901 *Gustave Delay* (1873-1937) : voir annexe 3.
- 1901 *Walter Rottmann*
- 1901§ *Alfred Renaud* (1872-1936) : médecin à Cossonay (1907) puis à Lausanne (1920), collaborateur à l'Institut de pathologie (1920).
- 1902 *Ernest Demiéville* (1875-1962) : médecin à Yverdon, chirurgien de l'Infirmierie.
- 1902-1903 *Walter Moehrlen* (1872-1945) : fils de médecin, chirurgien établi à Orbe (1905), conseiller communal libéral.
- 1902-1904 *Ernest Gay* (1877-1960) : chirurgien établi à Lausanne (1909), médecin du pénitencier de Béthusy (1910).
- 1904 *Henri Garin* (?-?) : médecin établi en Afrique du Sud, au service de la Mission romande.
- 1904 *Pierre Chapuis* (1878-1945) : médecin à Lausanne, médecin des usines de chocolat Nestlé à Broc (FR) puis médecins du contrôle CFF pour l'arrondissement de Lausanne.

⁴ Information aimablement communiquée par Alain Bosson.

⁵ AEG, Fichier biographique.

- 1904-1905 *André Crotti* (?-?): médecin à l'Institut de pathologie de Lausanne, professeur de chirurgie et directeur de la clinique chirurgicale à Colombo (Ohio, USA).
- 1905 *Ferdinand de Cérenville* (1881-1923) : médecin à Lausanne, fondateur de La Nichée à Chexbres.
- 1905 *Ernest Züblin*
- 1906 *Charles Miéville* (1881-1964) : médecin à Lausanne puis à Vevey, responsable du service de médecine de l'Hôpital du Samaritain, président de la section de Vevey de la Croix-Rouge.
- 1906 *Jacob Schwetz*
- 1906-1907 *Henri Curchod* (1882-1948) : fils de pasteur, médecin-chef de l'Hôpital de Saint-Loup (1907) puis de l'Hôpital Sandoz à Lausanne (1931), conseiller communal à La Sarraz, membre de la commission administrative de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande.
- 1907 *Samuel Chapuis* (1880- ?) : médecin à Grandson.
- 1907-1908 *Albert Reverdin* (?-1929) : chirurgie à Genève, fondateur de la Clinique Beaulieu (1919), membre du Comité international de la Croix-Rouge et de la commission administrative de l'Hôpital ophtalmique Rothschild.
- 1907-1908 *Paul Calame* (1887-1952) : chirurgien à Renens, professeur à la Faculté de médecine de Shanghai (Chine), conseiller communal à Renens, député au Grand Conseil.
- 1908-1909 *Fritz Dumont* (1882-1947) : chirurgien à Berne, chef du Loryspital (1929), privat-docent de chirurgie, membre du directoire de la Croix-Rouge suisse et de la commission administrative de l'Ecole de La Source.
- 1908-1910 *Jacques Roux* (1883-1943) : neveu de César Roux, chirurgien dans la clinique privée de son oncle.
- 1909-1910 *Alfred Vella* : frère du Dr Victor Vella, médecin établi au Tessin, chef du service de chirurgie de l'Hôpital de Lugano (1921).
- 1910-1911 *Robert de Trey* (?-1967) : médecin gynécologue à Lausanne.
- 1910-1911 *Daniel Jaccard* (1885-1965) : médecin généraliste à Lausanne (1915).
- 1911 *Félix Augsburgers* (1880- ?) : médecin de la Mission de Suisse romande en Afrique, puis à Sainte-Croix et à Moutier.
- 1911 *Henri de Vevey*
- 1912-1914 *Léon Picot* (1888-1954) : beau-fils de César Roux, médecin à Lausanne, chef du service de chirurgie de l'Hospice de l'Enfance (1925), chirurgien à la clinique de La Source (1928).
- 1912 *Henri Vuilleumier* (?-1969) : médecin établi à Bex, en poste à l'Infirmerie et aux bains du Grand Hôtel des Salines de la localité, conseiller communal.
- 1913 *Alfred Germanier*⁶ (1883-1952) : médecin établi à Sion (1915), propriétaire d'une clinique privée, député conservateur.

⁶ Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., p. 175.

- 1914-1915 *Henri Paschoud* (1887-1974) : fils de pasteur, chef de clinique du prof. Vulliet, privat-docent de chirurgie à l'Université de Lausanne, candidat au poste de professeur de chirurgie (1932).
- 1914 *William Franken* (1889-1962) : médecin du Pavillon de La Côte à Gilly et promoteur de la lutte antituberculeuse.
- 1914-1918 *Susanne Roux* (1887- ?) : fille de César Roux, épouse du Dr Léon Picot.
- 1915-1920 *Mir. Baguiroff*
- 1915-1916 *Jean Brossy* (1888-?): médecin à Londres, membre du Collège royal de chirurgiens d'Angleterre.
- 1918-1919 *Samuel Cuendet* (1890-1949) : fils d'un industriel de Sainte-Croix, chirurgien établi à Yverdon (1923), promoteur du nouvel Hôpital régional (1939) dont il est chirurgien-chef, fondateur de la section locale du Rotary-Club.
- 1919-1922 *Pierre Decker* (1892-1967) : fils de médecin, professeur de chirurgie à l'Université de Lausanne et chef du Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal (1932).
- 1920-1922 *Edwin Ramel* (1895-1941) : professeur de dermatologie à Lausanne (1925), président de la Société vaudoise de médecine (1927).
- 1922 *Ellen Golay*

Annexe 2

Notices biographiques des membres du Conseil de Santé et des Hospices, 1885-1955⁷

Sources : Ouvrages cités en bibliographie ; ACV, Dossiers ATS⁸

- 1885-1899 *Debonneville Victor* (1829-1902) : notaire, député radical-conservateur, conseiller d'Etat. Membre du conseil général de la Banque cantonale vaudoise comme représentant des actionnaires, ainsi que de la Société vaudoise de secours mutuels, il a élaboré des lois sur l'enfance en détresse et sur la réorganisation hospitalière.
- 1885-1900 *Dind Emile* (1855-1932) : voir annexe 3.
- 1885-1886 *Demont Louis* (1848-1925) : notaire, secrétaire au Département de l'Intérieur (1870), chef du Service des secours publics (1880), receveur du district de Morges (1886), conseiller communal radical à Morges.
- 1885-1896 *Bippert Henri* (1824-1896) : avocat à Lausanne (1848), juge au Tribunal cantonal (1851).
- 1885-1904 *Larguier Jean-Jacques* (1844-1904) : médecin, professeur de médecine légale à Lausanne (1890), conservateur du Musée cantonal de zoologie.
- 1885-1886 *Gross Charles* : médecin-vétérinaire à Lausanne.
- 1887-1899 *Brun Auguste* : chef du Service des secours publics
- 1887-1912 *Morax Jean-Marc* (1838-1913) : voir annexe 3.
- 1890-1892 *Roulin Frédéric* : chef du Service des secours publics
- 1893-1899 *Dubois Eugène* (1853-1899) : secrétaire du Service sanitaire et de la CSH.
- 1898-1908 *Roux Louis* (1850-1908) : ingénieur, maître puis directeur de l'Ecole industrielle de Lausanne, membre du conseil d'administration du Crédit foncier vaudois, conseiller municipal radical à Lausanne.
- 1900-1921 *Thélin Adrien* (1842-1922) : négociant en vins à La Sarraz, député radical (1870), conseiller national (1883), conseiller d'Etat (1899), conseiller aux Etats (1900), membre du comité central du parti radical suisse et du conseil d'administration des CFF.
- 1900-1904 *Jaton Adolphe* : secrétaire au Service sanitaire
- 1902-1936 *Demiéville Paul* (1855-1947) : médecin à Rolle (1880) puis à Lausanne (1885), cofondateur du Dispensaire central (1887), professeur de polyclinique à Lausanne (1892).
- 1905-1916 *Duboux Louis* : secrétaire au Service sanitaire
- 1905-1935 *Spengler Georges* (1863-1936) : médecin des écoles de la ville de Lausanne (1900), professeur de médecine légale à Lausanne (1904).

⁷ Annuaire officiel du canton de Vaud, 1885-1955.

⁸ Pour les informations tirées d'autres sources, je précise.

- 1909-1912 *Cuénoud Samuel* (1838-1912) : instituteur (1857), directeur de l'Ecole industrielle de Lausanne (1870), professeur de mathématiques à l'Académie (1874), directeur de l'Hôpital cantonal (1876) et directeur de l'Union vaudoise de crédit (1897). Premier radical élu au poste de syndic de Lausanne (1882), il est par ailleurs député et conseiller national, et siège au conseil général de la Banque cantonale vaudoise, au conseil d'administration du Lausanne-Ouchy, au synode de l'Eglise nationale et au comité de la Société vaudoise des secours mutuels.
- 1913 *Schopfer Sidney* (1862-1938): avocat à Lausanne, professeur à l'Ecole commerciale, sous-secrétaire à la Chancellerie, juge cantonal (1897), conseiller municipal radical à Lausanne (1898), député (1913) et conseiller national (1922).
- 1914-1925 *Delay Gustave* (1873-1937) : voir annexe 3.
- 1914-1923 *Carrard Alfred* : avocat à Lausanne.
- 1917-1919 *Blanc Georges* : secrétaire au Service sanitaire.
- 1920-1929 *Nicoud Jules* : secrétaire au Service sanitaire (1919), sous-directeur (1928) puis directeur (1929) de l'Hôpital cantonal.
- 1922- ? *Bosset Norbert* (1883-1969) : avocat à Avenches (1911), député radical (1909), syndic (1915), conseiller d'Etat (1922), conseiller aux Etats (1928), président du Crédit foncier vaudois et membre du conseil d'administration de la Compagnie du chemin de fer LEB.
- 1924-1935 *Bonjour Félix* (1858-1942) : journaliste, rédacteur de la *Revue de Lausanne* (1878), député (1901), conseiller national (1908), président du parti radical vaudois (1912) et du parti radical suisse (1913), auteur de nombreux ouvrages littéraires dont une biographie de Louis Ruchonnet (1936).
- 1926-1931 *Wanner Frédéric* (1877-1931) : voir annexe 3.
- 1930- ? *Brun Samuel* : secrétaire au Service sanitaire.
- 1930-1943 *Chaudet Maurice* : vétérinaire cantonal.
- 1929-1930 *Rubattel Rodolphe* (1896-1961) : journaliste, docteur en droit, rédacteur puis directeur de la *Feuille d'avis de Montreux* (1920), de *La Tribune de Lausanne* (1921), de la *Feuille d'avis de Lausanne* (1925) et de *La Revue de Lausanne* (1931), chef de section au Département fédéral de l'économie publique (1930), directeur de l'Hôpital cantonal (1939), député radical (1933), conseiller d'Etat (1944), conseiller fédéral (1947).
- 1931-1937 *Delay Gustave* (1873-1937): voir annexe 3.
- 1932- *Payot Francis* (1892-1981) : voir annexe 3.
- 1935-1952 *Rapin Henri* (1886-1955) : avocat à Lausanne, juge suppléant au Tribunal cantonal (1915), assesseur de justice de paix à Lausanne (1918).
- 1935-1943 *Girardet Charles* (1873-1959) : pharmacien à Grandson puis à Lausanne (1928), inspecteur cantonal des pharmacies (1936), conseiller municipal à Grandson.
- 1936-1952 *Cornaz Georges* (1888-1954) : médecin dermatologue établi à Lausanne.

- 1937-1952 *Eperon Alfred* (1882-1961) : médecin généraliste établi à Vallorbe (1909) puis à Lausanne (1933), médecin-conseil de l'Assurance infantile (1947).
- 1944-1950 *Rubattel Jean* (1902-1950) : secrétaire général du Bureau international de pédagogie sportive (1928), rédacteur à la *Feuille d'avis de Lausanne* (1931), fondateur du Cercle lausannois des journalistes professionnels (1931), président de l'Association de la presse suisse (1937).
- 1946-? *Jacottet André* : vétérinaire cantonal.
- 1950-1953 *Boven Pierre* (1886-1968) : avocat à Lausanne, procureur général (1932).
- 1953- ? *de Meuron Etienne* (1900-) : médecin gynécologue à Lausanne (1933), chargé de cours à l'Université de Lausanne (1946), président de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (1944) et de la Société vaudoise de médecine (1947).
- 1953-1957 *Gallandat Louis* (1901-1964) : voir annexe 3.
- 1953-1954 *Conod André* (1906-) : médecin à Pully (1936) puis à Lausanne (1948), collaborateur scientifique des compagnies chimiques bâloises Geigy (1944) et Ciba (1953), membre de la direction de Ciba (1956).
- 1953- ? *Baumgartner André* (1907-1980) : avocat à Lausanne (1936), député (1948), président de la Fédération suisse de ski (1948), président du Lausanne-Sports (1966), bâtonnier de l'Ordre des avocats vaudois (1970)
- 1953- ? *Courvoisier Roger* : avocat.
- 1953- ? *Treyvaud Otto* (1890-1958) : professeur dans les collèges privés lausannois (1908), rédacteur à la *Tribune de Lausanne* (1918), professeur à l'Ecole supérieure de commerce (1991) et rédacteur en chef de la *Feuille d'avis de Lausanne* (1930).
- 1953- ? *Chavan Pierre* (1902-) : avocat à Lausanne, procureur général (1951).
- 1954 *Jaccard Georges* (1916-) : médecin à Nyon (1947), chef du service d'hygiène de la ville de Lausanne (1953).
- 1954- ? *Vuilleumier Fernand*⁹ : directeur de l'agence de publicité Orell Füssli Annonces SA à Lausanne, membre du comité directeur de la Commission romande de rationalisation, président du Club d'efficiencia de la Suisse romande.
- 1955- ? *Jaccard Pierre* (1901-1979) : pasteur et docteur en lettres, professeur de littérature français aux Etats-Unis (1929), de théologie à la Faculté indépendante de Neuchâtel (1934) puis de sociologie et psychologie à l'Université de Lausanne (1940), directeur de l'Ecole de La Source (1940).

⁹ Matthieu Leimgruber, op. cit., p. 157.

Annexe 3

Notices biographiques des chefs du Service sanitaire (médecin cantonal), 1857-1964

Sources : Ouvrages cités en bibliographie ; ACV, Dossiers ATS.

- 1857-1885 *Frédéric Recordon* (1811-1889) : médecin à Lausanne (1836), fondateur et premier médecin-chef de l'Asile des aveugles (1843-1880), professeur de médecine légale et d'hygiène à l'Académie (1832-1874).
- 1885-1892 *Emile Dind* (1855-1932) : médecin à Cossonay (1885), professeur de médecine légale (1890) puis de dermatologie (1891) à l'Université de Lausanne, chef du Service de dermato-vénérologie de l'Hôpital cantonal (1890-1925), conseiller communal radical à Lausanne (1897), député au Grand Conseil (1901), conseiller aux Etats (1917).
- 1893-1912 *Jean-Marc Morax* (1838-1913) : médecin à Morges (1869), fondateur de la Société vaudoise de médecine, conseiller communal libéral à Morges.
- 1913-1925 *Gustave Delay* (1873-1937) : médecin à Mézières (1898), fondateur de l'Assurance cantonale vaudoise infantile (1917), professeur de médecine sociale (1921) puis de polyclinique générale (1925) à l'Université de Lausanne.
- 1925-1931 *Frédéric Wanner* (1877-1931) : médecin à Villeneuve, Bex, Villars-sur-Ollon, Valmont-sur-Territet et St-Moritz (1905), spécialiste de maladies internes et de pneumologie, établi à Lausanne (1921), privat-docent à la Faculté, membre du parti radical.
- 1932-1957 *Francis Payot* (1892-1981) : médecin à Moudon (1920) puis à Lausanne, conseiller communal libéral à Pully.
- 1958-1964 *Gallandat Louis* (1901-1964) : médecin généraliste à Moudon (1932) puis à Lausanne (1942), médecin-chef de l'Hôpital Sandoz, médecin-conseil de la Ligue vaudoise contre la tuberculose, conseiller communal radical à Moudon (1953).

Annexe 4

Tab. 49 Malades hospitalisés à l'Hôpital cantonal de Lausanne, 1882-1960¹⁰.

A	B	C	D	E	F	A	B	C	D
1882	2435	58614	24.1	52251	89.1	1923	7260	243395	33.5
1883	2723	71398	26.2	62004	86.8	1924	7070	239346	33.9
1884	2912	79087	27.2	66425	84.0	1925	6784	235397	34.7
1885	3072	82017	26.7	65326	79.6	1926	6999	240400	34.3
1886	3193	83415	26.1	65706	78.8	1927	7684	255844	33.3
1887	3380	92565	27.4	73307	79.2	1928	8067	272705	33.8
1888	3696	111606	30.2	84295	75.5	1929	8275	269525	32.6
1889	3666	113053	30.8	81961	72.5	1930	8558	276372	32.3
1890	4237	116275	27.4	83883	72.1	1931	8451	284909	33.7
1891	4492	127324	28.3	90790	71.3	1932	8488	291295	34.3
1892	4343	129411	29.8	92027	71.1	1933	8793	324538	36.9
1893	4792	133703	27.9	95385	71.3	1934	8577	315844	36.8
1894	4546	131666	29.0	89474	68.0	1935	9404	323734	34.4
1895	4755	122938	25.9	71557	58.2	1936	9581	329121	34.4
1896	4912	123407	25.1	74129	60.1	1937	9280	328461	35.4
1897	5294	124724	23.6	75309	60.4	1938	9627	330602	34.3
1898	5354	137811	25.7	85654	62.2	1939	10847	322808	29.8
1899	5523	144382	26.1	90548	62.7	1940	11716	343602	29.3
1900	5432	150909	27.8	94571	62.7	1941	11371	340597	30.0
1910	5824	159361	27.4	99682	62.6	1942	11756	336341	28.6
1902	5459	159109	29.1	99966	62.8	1943	13117	346205	26.4
1903	5656	165522	29.3	102586	62.0	1944	14182	356419	25.1
1904	5671	169371	29.9	107908	63.7	1945	13986	356070	25.5
1905	5904	170963	29.0	104864	61.3	1946	14617	367082	25.1
1906	5842	175406	30.0	107323	61.2	1947	14054	360208	25.6
1907	5967	177081	29.7	107012	60.4	1948	13597	357704	26.3
1908	5996	179386	29.9	111501	62.2	1949	13197	345225	26.2
1909	6085	181516	29.8	108984	60.0	1950	13243	342767	25.9
1910	6058	178935	29.5	102232	57.1	1951	13527	349373	25.8
1911	6302	177536	28.2	99803	56.2	1952	13646	342226	25.1
1912	6141	177906	29.0	94369	53.0	1953	14165	333525	23.5
1913	6174	181640	29.4	94931	52.3	1954	15159	377653	24.9
1914	6634	195541	29.5	98910	50.6	1955	15828	369397	23.3
1915	6768	205270	30.3	98357	47.9	1956	16692	374448	22.4
1916	6867	215396	31.4	106433	49.4	1957	16953	371099	21.9
1917	7567	240605	31.8	110707	46.0	1958	16477	362317	22.0
1918	8692	245984	28.3	114479	46.5	1959	15335	345104	22.5
1919	7733	260558	33.7	120065	46.1	1960	14389	325107	22.6
1920	7966	260577	32.7	97082	37.3				
1921	7522	251496	33.4	92106	36.6				
1922	7318	247193	33.8	85611	34.6				

A : Année

B : Nombre de malades hospitalisés

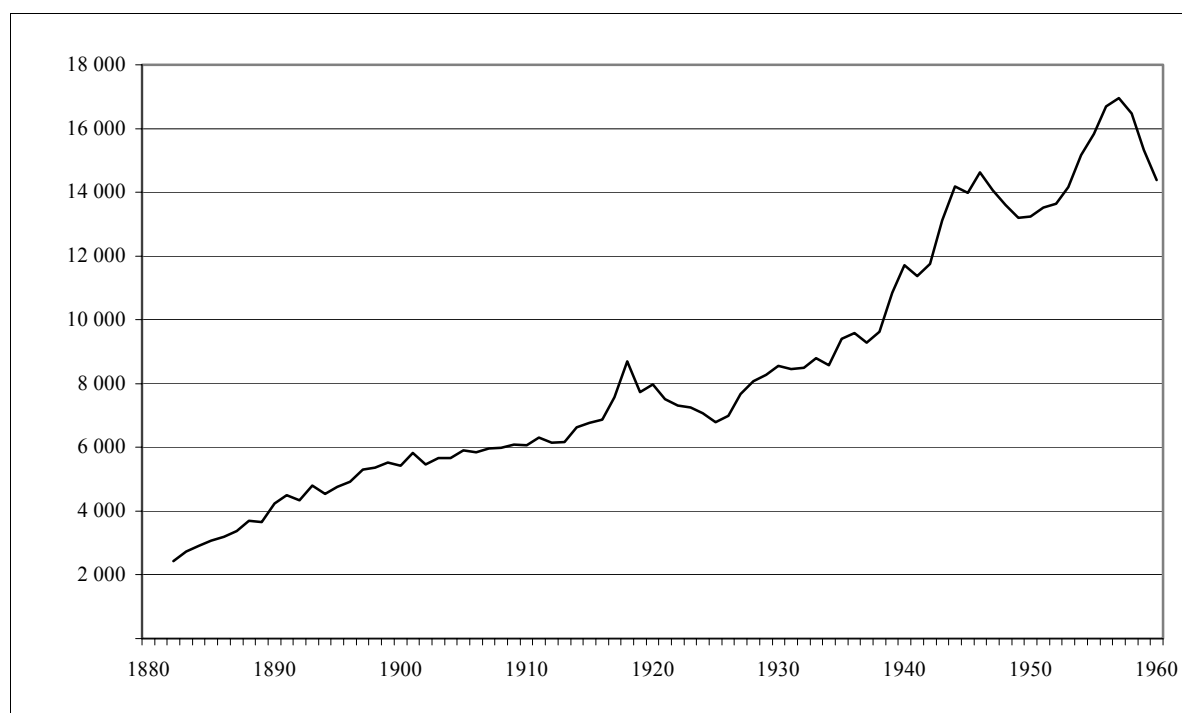
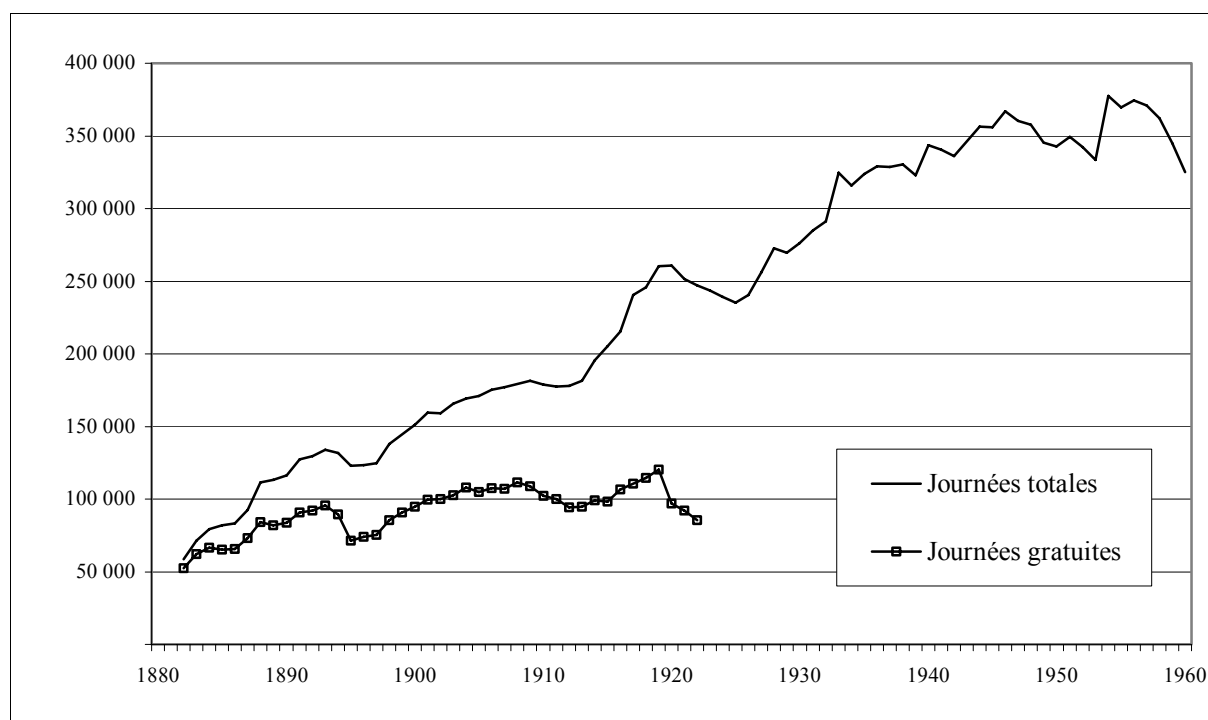
C : Nombre de journées d'hospitalisation

D : Durée de séjour moyen

E : Nombre de journées gratuites

F : Part des journées gratuites, en %

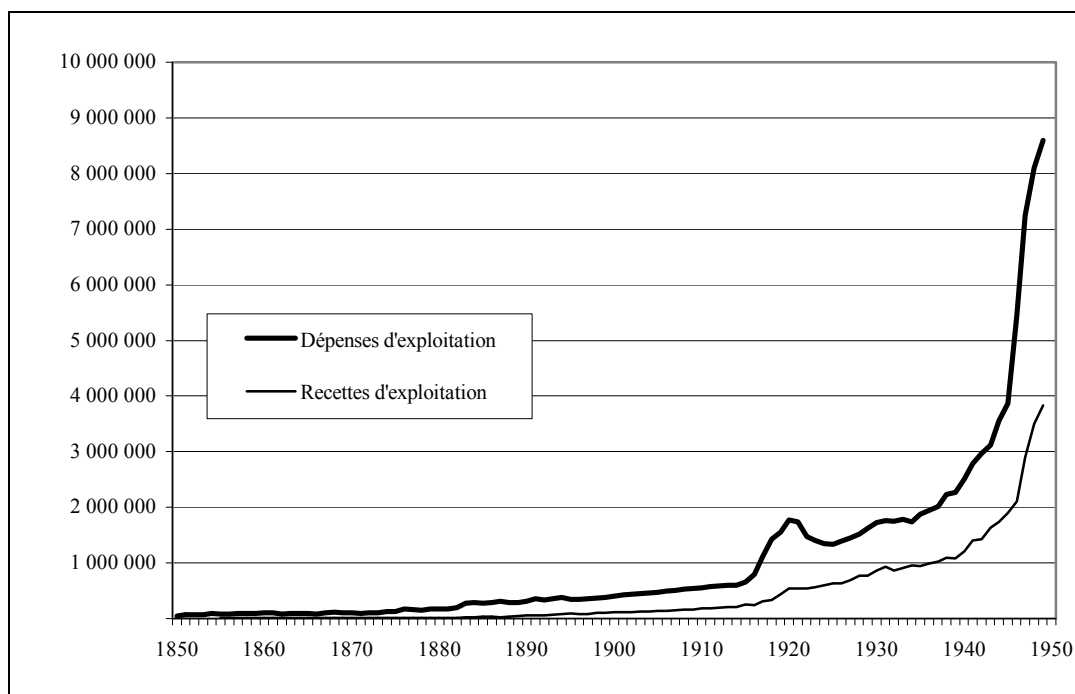
¹⁰ CRCE, Département de l'Intérieur, 1882-1960. Le nombre de journées gratuites n'est plus publié après 1922.

Graph. 22 Hôpital cantonal, nombre de malades, 1882-1860**Graph. 23 Hôpital cantonal, nombre de journées d'hospitalisation et de journées gratuites, 1882-1960**

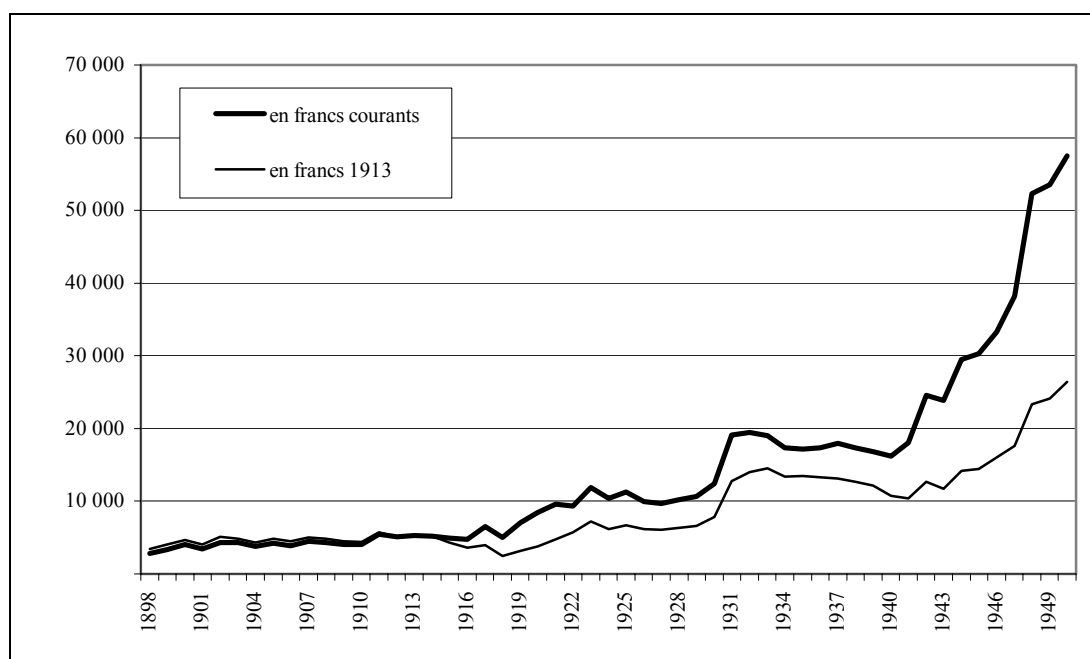
Annexe 5

Comptes de l'Hôpital cantonal de Lausanne, 1850-1950¹¹

Graph. 24 Dépenses et recettes d'exploitation, en francs courants, 1850-1950.

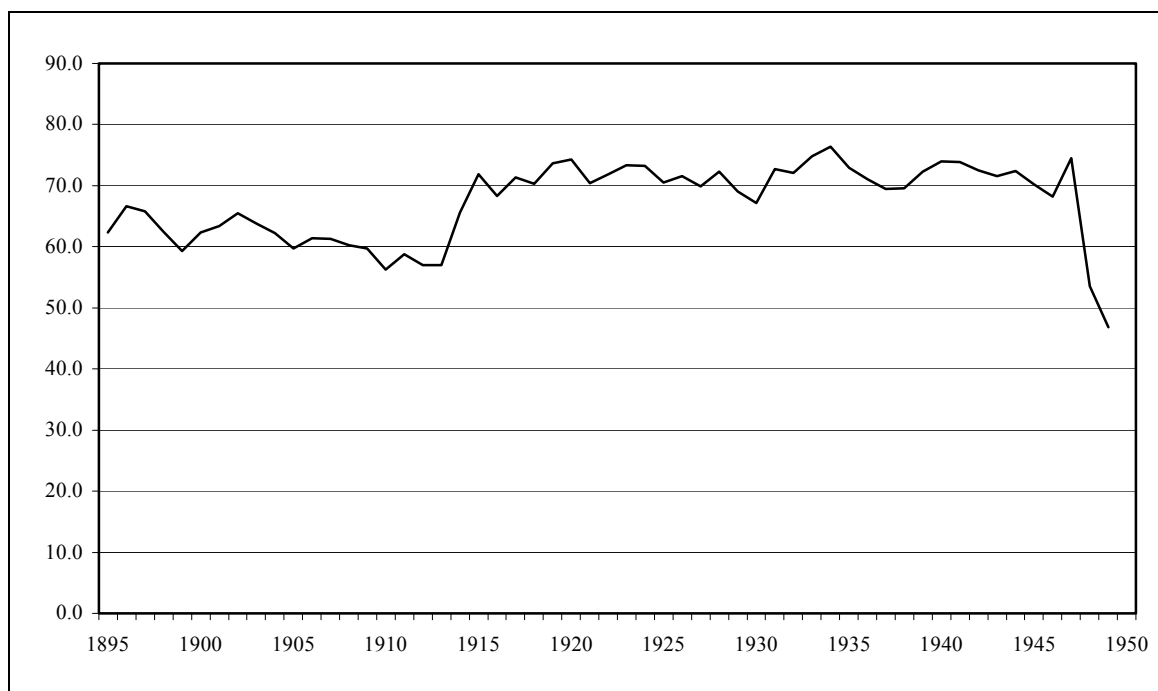


Graph. 25 Taxes opératoires versées par les malades de l'Hôpital cantonal (hors budget d'exploitation), 1898-1950.

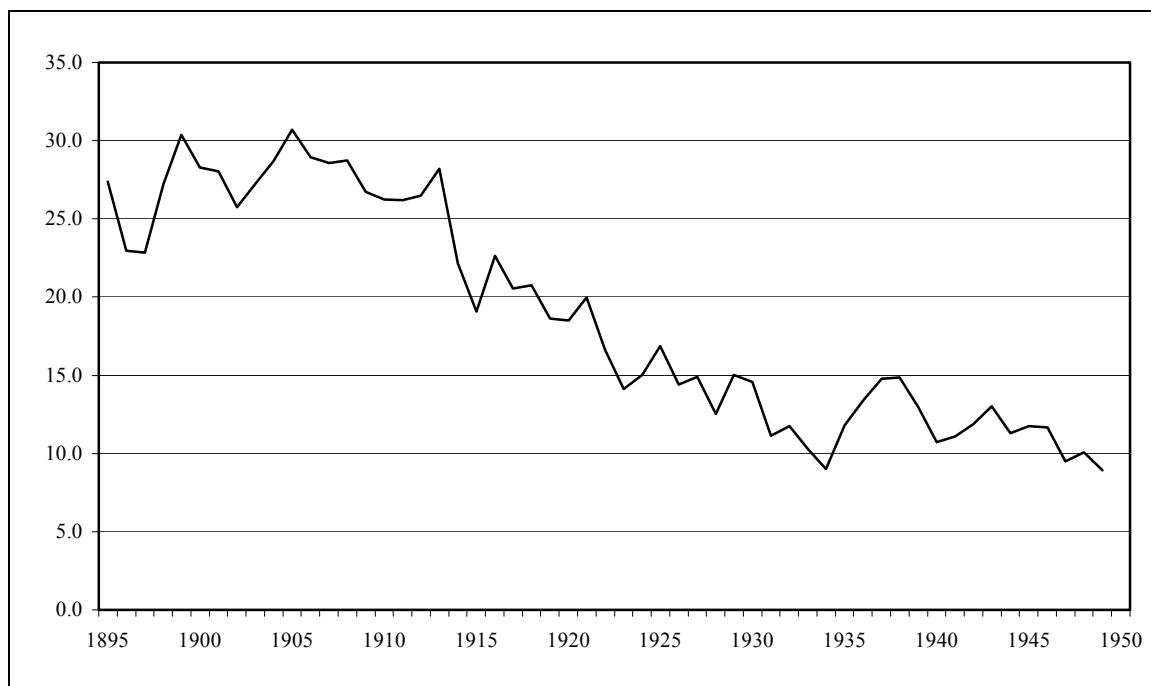


¹¹ CRCE, Département de l'Intérieur, 1850-1950.

Graph. 26 Part des pensions ordinaires dans les recettes d'exploitation, en %, 1895-1950.



Graph. 27 Part des pensions privées dans les recettes d'exploitation, en %, 1895-1950.



Annexe 6

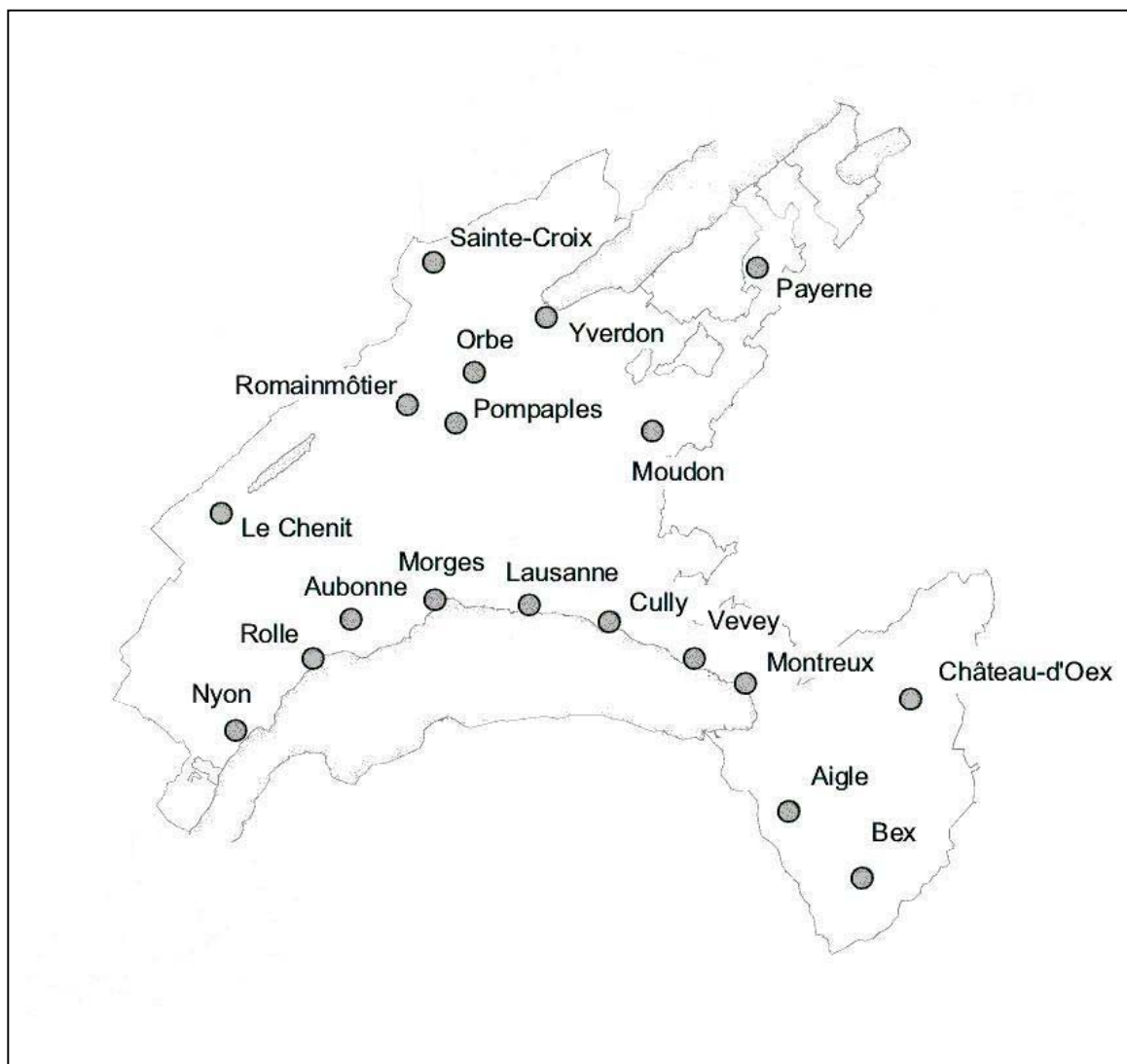
Tab. 50 Subventions de l'Etat aux hôpitaux régionaux, en francs courants, 1875-1960¹²

Année	Subvention	Année	Subvention	Année	Subvention
1875	628	1904	53470	1933	315639
1876	7663	1905	70800	1934	333800
1877	7669	1906	81500	1935	344477
1878	14804	1907	102740	1936	302111
1879	21093	1908	117700	1937	303693
1880	22308	1909	132400	1938	342045
1881	32391	1910	130400	1939	324579
1882	33028	1911	140920	1940	324054
1883	24387	1912	149500	1941	324401
1884	25720	1913	172700	1942	369171
1885	29119	1914	172800	1943	374864
1886	26604	1915	163974	1944	359652
1887	24368	1916	172280	1945	372686
1888	26331	1917	165198	1946	343329
1889	25094	1918	216005	1947	327531
1890	26214	1919	201813	1948	422520
1891	29558	1920	193503	1949	534223
1892	29140	1921	247917	1950	597703
1893	45000	1922	264627	1951	975659
1894	35410	1923	218059	1952	1049610
1895	34892	1924	206547	1953	1223334
1896	41000	1925	198966	1954	1280738
1897	39500	1926	198510	1955	1407176
1898	44000	1927	221893	1956	1577988
1899	32700	1928	273523	1957	1667837
1900	46890	1929	245460	1958	2097294
1910	53670	1930	255190	1959	1967771
1902	58000	1931	292879	1960	2025144
1903	58300	1932	320354		

¹² CRCE, Département de l'Intérieur, 1875-1960.

Annexe 7**Fig. 20 Carte : le canton de Vaud**

Source : d'après Pierre-Yves Donzé, *Bâtir...*, op. cit., p. 176.



Sources

1. Sources inédites

Archives cantonales vaudoises, Lausanne

K VIII Département de l'Intérieur

K VIII A Secours publics

- 27 Œuvres de bienfaisance, Rapports de diverses institutions, 20^e siècle.
- 39 Protocole de la Commission des Etablissements de secours publics et de détention, 1807-1849.
- 42/1-6 Protocole des Hospices, 1849-1870.
- 51/1-10 Protocole des Hospices, 1920-1929.

K VIII B Police sanitaire

- 6 Protocole des séances du Conseil de Santé et des Hospices, 1885-1916.
- 7 Protocole du Conseil de Santé, 1873-1874.
- 8 Conseil de Santé, rapports individuels, 1887-1899.
- 18 Service sanitaire, divers, 1831-1896.
- 20 Service sanitaire, archives, 1831-1911.
- 28 H.C. Rapports des chefs de clinique, 1902-1911
- 38 Hospice cantonal des malades, s.d.
- 56 Hôpital, médecins, nominations diverses, etc., s.d.
- 61 Protocole de la Commission des Hospices, 1874-1885.
- 63/2 Dossiers de M. Girardet, pharmacien cantonal, 1910-1939.
- 73 Rapport du Dr Morax sur l'établissement d'un Asile pour convalescents et pour incurables, 1902.
- 76 Service médical, circulaires, 1899-1916.
- 88 Police des constructions, Hôpital cantonal, divers, 1906.
- 92 Police des constructions, Hôpital cantonal, divers, 1908.
- 95 Police des constructions, Hôpital cantonal, divers, 1909-1910.
- 98 Police des constructions, Hôpital cantonal, divers, 1910.
- 100 Police des constructions, Hôpital cantonal, divers, 1911.
- 103 Police des constructions, Hôpital cantonal, divers, 1912.
- 106 Police des constructions, Hôpital cantonal, divers, 1913.
- 113 Hôpital cantonal, Conseil de Santé, 1916.

- 151 Hôpitaux, règlements et rapports, s.d.
- 156 Infirmeries, lazarets, s.d.
- 179 Comptes et factures relatifs à des travaux à l'hôpital cantonal, 1909-1939.
- 213/15 Hôpital cantonal, 1936-1950.

K VIII D Service des Hospices

- 1-99 Archives du Service des Hospices, classées chronologiquement, 1933-1950.

K VIII E Hôpital cantonal

- 91-92 Employés, 1872-1943.
- 128 Inventaire général, 1899.
- 129 Inventaire, s.d.

K IX Département des Travaux publics

- 1218/42 Hôpital cantonal et Clinique chirurgicale, 1907-1920.
- 1218/70 Pavillon Bourget, 1914-1920.
- 1218/135 Institut de pathologie, 1913-1925.
- 1218/204 Hôpital cantonal, Service de radiologie, 1924-1928.
- 1218/259I Infirmerie d'Aigle, 1930.
- 1218/259III Infirmerie de Rolle, 1930.

K XIII Département de l'Instruction publique et des cultes

- 35 Divers, 1867-1885.
- 38 Faculté des sciences, 1865-1885.
- 252 C Université, professeurs, 1890-1920.
- 322 B Répertoire des dossiers, 1890-1920.
- 324 C Université, professeurs, 1921-1941.
- 366 C Répertoire des dossiers, 1921-1941.

S 54 Service de l'Enseignement supérieur et des cultes

- Répertoires des dossiers, 1942-1953.
- Université, professeurs, 1942-1953.

S 73 Service de la Santé publique

- Procès-verbaux du Conseil de Santé et des Hospices, 1917-1951.
- 1315-1316 Nouvelle clinique chirurgicale, 1942-1950.

Fonds privés

P Hospice orthopédique de la Suisse romande

- Procès-verbaux du Comité, 1882-1933 (photocopies)
- Rapports d'activité, diverses années.
- Divers documents imprimés épars.

P Dr César Roux

Fonds de 24 cartons non classés et non inventoriés. Comprend notamment de la correspondance.

PP 324 Infirmerie de la Grande Fontaine, Bex

- 1-3 Procès-verbaux des séances du comité, 1880-1960.
- 4 Statuts et règlements, 1880-1909.
- 6 Rapports divers.
- 9 Titres et conventions diverses.

PP 359 Dr Charles Krafft

PP 416 Famille Marcel

- Bb21-24 Lettres reçues par Matthias Mayor, 19^e siècle.
- Bb27 Lettres de Matthias Mayor à Charles Mayor, 19^e siècle.

PP 446 Claude Verdan

- 572-576 Succession Pierre Decker, 1957.

QG Imprimés non officiels vaudois

- 1 Asile des aveugles, Lausanne, 1847-1960.
- 250 Hôpital de l'Enfance, Lausanne, 1920-1960.
- 331 Hôpital de Moudon, 1876-1960.
- 332 Hôpital orthopédique de la Suisse romande, 1942-1960.
- 334 Hôpital de Nyon, 1907-1936.
- 336 Hôpital du Pays-d'Enhaut, 1933-1934.
- 337 Hôpital de Montreux, 1910-1934.
- 338 Hôpital gériatrique de Chamblon, 1936-1960.
- 339 Hôpital d'Yverdon, 1876-1960.
- 342 Hôpital d'Aubonne, 1886-1960.
- 345 Infirmerie du Gros de Vaud, Echallens, 1905.
- 348 Hôpital d'Orbe, 1876-1936.
- 349 Hôpital d'Oron, 1923.
- 350 Infirmerie de la Grande Fontaine, Bex 1890-1909.
- 351 Hôpital de Rolle, 1917-1936.
- 352 Hôpital de la Broye, 1867-1920.
- 353 Hôpital de Ste-Croix, 1894-1935.
- 354 Hôpital d'Aigle, 1881-1931.
- 397 Institut de Lavigny, 1907-1960.
- 464 Clinique ophtalmologique du Dr Verrey, 1894-1899.
- 507 Pavillon de la Côte, 1929-1960.
- 530 Pouponnière Nestlé, Vevey, 1950.
- 567 Hospice du Samaritain, Vevey, 1859-1935.
- 585 Institution des diaconesses de St-Loup, 1845-1960.
- 630 Pavillon de Chamblon, 1934-1942.

Dossiers ATS

Coupures de presse relatives aux personnalités vaudoises, 19^e et 20^e siècles.

Archives de l'Etat de Fribourg, Fribourg

Département de la Santé publique

DSPa 229 Correspondance entre le conseiller d'Etat Paul Torche et le prof. Pierre Decker, 1953.

Archives de l'Etat de Genève, Genève

Fiches biographiques relatives aux personnalités genevoises, 19^e et 20^e siècles.

Archives de la ville de Lausanne

BR 5.48 R. Delapierre, *Club d'efficienc de la Suisse romande. 30 ans au service de l'avenir*, 1969, 4 p. (dact.)

Archives d'établissements hospitaliers

Clinique Cecil, Lausanne

Documents divers épars (coupures de presse, photographies, publicités, etc.).

Fondation de l'Asile des aveugles (Hôpital ophtalmique), Lausanne

Rapports annuels, 1847-1960.

Hôpital de Lavaux, Cully

Correspondance, rapports et documents épars non classés, 1943-1960.

Hôpital de Montreux

Procès-verbaux des organes administratifs, 1892-1960.

Rapports annuels, 1874-1960.

Documents divers épars.

Hôpital de Morges

Procès-verbaux des organes administratifs, 1869-1960.

Rapports annuels, 1882-1960.

Hôpital de Nyon

Procès-verbaux des organes administratifs, 1928-1960.

Rapports annuels, 1874-1960.

Hôpital de Rolle

Procès-verbaux des organes administratifs, 1873-1960.

Rapports annuels, 1860-1960.

Hôpital du Samaritain (Vevey)

Rapports annuels, 1858-1960.

Hôpital de la Providence (Vevey)

Registre des protocoles et décisions, 1886-1914.

Rapports annuels, 1939-1960.

Copies éparses d'archives de la paroisse catholique relatives à l'hôpital.

Hôpital d'Yverdon

Procès-verbaux des organes administratifs, 1873-1947.

Rapports annuels, 1867-1960.

Hôpital de l'Enfance, Lausanne

Procès-verbaux des organes administratifs, 1861-1929.

Rapports annuels, 1863-1960.

Hôpital orthopédique de la Suisse romande, Lausanne

Procès-verbaux des organes administratifs, 1920-1959.

Rapports annuels, 1876-1960.

Hôpital universitaire de Genève

Rapports annuels, 1900-1960.

Fédération des hôpitaux vaudois, Prilly

Archives du Groupement des hôpitaux régionaux vaudois

Procès-verbaux des assemblées générales, 1956-1970.

Procès-verbaux des séances du comité, 1953-1967.

Plan hospitalier : procès-verbaux de commissions cantonales et documents divers, 1953-1970.

Archives de La Source, Lausanne

- B1-1.j. Correspondance de Mme de Gasparin et du Dr Krafft avec le Dr Roux, 1891-1896.
- B1-1.k. Correspondance entre le Dr Krafft et Mme de Gasparin, 1891-1893.
- B2-16 Arbre généalogique des Boissier-Gasparin.
- B2-24 Asile des Bains d'Yverdon.
- B3-2 Notice biographique sur la famille de Gasparin.
- B3-2/3 Généalogie de la famille Gasparin.
- D1-100 Rapports annuels, 1859-1960.
- D3-100.38 Liste des membres du Conseil d'administration et du Comité de direction, 1890-1960.
- D3-200.1/2 Procès-verbaux du Conseil d'administration et de la Délégation, 1890-1945.
- D3.306.1 Correspondance, 1923-1937.
- D3.400 Procès-verbaux de la Société auxiliaire et documents divers, 1904-1924.
- E1-1.5 Divers prospectus sur la clinique, 1910-1924.
- E1-1.7 Conflits entre les médecins, 1929.
- E1-7 Documents divers sur la clinique.
- F1-200 Documents sur le Dr Krafft, 1891-1921.
- F1-300 Documents sur le pasteur Vuilleumier, 1922-1940.
- F1-400 Documents sur le professeur Jaccard, 1940-1950.
- F2-100.1/2 Imprimés divers, 1891-1932.

La Source, journal périodique, 1889-1960.

Divers documents non cotés sur les relations de la Source avec la VESKA, l'Association des infirmeries vaudoises et St-Loup.

Archives de l'Université de Lausanne

Procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de Médecine, 1890-1960.

Archives de l'Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé, Lausanne

Dossiers biographiques de médecins.

Fonds d'archives du Dr Charles Rochat.

Bibliothèque cantonale et universitaire, Lausanne

IS 2188 Fonds Charles Krafft

IS 3914 Fonds César Roux

Rapports annuels de l'Hôpital d'Aigle, 1867-1960.

Rapports annuels de l'Hôpital d'Aubonne, 1874-1960.

Rapports annuels de l'Hôpital de la Broye, Payerne, 1939-1960.

Rapports annuels de l'Hôpital de Nyon, 1879-1960.

Rapports annuels de l'Hôpital de Montreux, 1878-1960.

Rapports annuels de l'Hôpital de Moudon, 1877-1860.

Rapports annuels de l'Hôpital d'Orbe, 1880-1960.

Rapports annuels de l'Hôpital du Pays d'Enhaut, Château-d'Oex, 1937-1960.

Rapports annuels de l'Hôpital de Rolle, 1868-1960.

Rapports annuels de l'Hôpital de Sainte-Croix, 1882-1960.

Rapports annuels de l'Hôpital d'Yverdon, 1873-1960.

Rapports annuels de l'Institution des diaconesses de St-Loup, 1851-1960.

Schweizerische Wirtschaftsarchiv, Bâle

F 201 Fonds M. Schaerer AG, Berne.

Répertoire des brevets suisses

www.espacenet.ch

(site consulté en juillet 2003).

Entretiens avec des médecins formés à l'Université de Lausanne

Benjamin Baudraz, Lausanne, 24 avril 2003.

Samuel Schneider, Cormondrèche, 11 décembre 2003.

David Stucki, Villars-sur-Fontenais, 21 décembre 1998.

Georges Terrier, Le Crêt-du-Loche, 24 mars 2003.

2. Sources imprimées

Publications officielles

Annuaire officiel du canton de Vaud, 1816-1960.

Bulletin des séances du Grand Conseil, 1850-1960.

Compte-rendu du Conseil d'Etat, 1829-1960.

Feuille officielle suisse du commerce, 1883-1960.

Recueil des Lois, Décrets, Arrêtés et autres Actes du Gouvernement du Canton de Vaud, 1803-1960.

Périodiques

Annuaire statistique de la Suisse, 1900-1960.

Bulletin de la Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, 1893-1950.

Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande, 1866-1880.

Bulletin de la Société vaudoise de Secours mutuels, 1917-1958.

Bulletin de la Société vaudoise des ingénieurs et des architectes, 1875-1899.

Bulletin professionnel des médecins suisses, 1920-1960.

Bulletin technique de la Suisse romande [fait suite au *Bulletin de la Société vaudoise des ingénieurs et des architectes*], 1900-1960.

Catalogue des étudiants de l'Université de Lausanne, 1891-1922.

Centre anticancéreux romand, Rapports annuels, 1924-1958.

La Construction moderne, 1934.

L'Efficient. Bulletin du Club d'Efficiencie de la Suisse romande, 1943-1960.

Helvetia chirurgica acta, 1945-1960.

Indicateur vaudois. Livre d'adresse de Lausanne et du canton de Vaud [publié aussi sous d'autres titres], diverses années.

Journal de la Société vaudoise d'utilité publique, 1832-1913.

Kompass. Répertoire général de l'économie suisse, 1947.

Revue médicale de la Suisse romande, [fait suite au *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*], 1881-1960.

VESKA-Zeitschrift – Revue VESKA, 1937-1960.

Sur César Roux

ALLIER Jeanne-Marie et BAUDRAZ Benjamin, *Docteur César Roux. Lettres à Anna Bégoune et à quelques autres correspondants (1880-1933)*, Lausanne, Ed. d'en bas, 2003, 431 p.

BAUDRAZ Benjamin, *Jean Roux du Villaret en Pragela réfugié à Bex en 1685 pour cause de religion. Son histoire et celle d'une partie de sa descendance au Pays de Vaud (1652-1900)*, Lausanne, 1995, 439 p.

BRÉTING Adèle, « La mère du Dr César Roux », in *Fils et mères*, Lausanne, La Concorde, 1936, pp. 61-82.

- BRYOIS Christian, « Theodor Kocher et César Roux », in *Gesnerus*, 1992, pp. 175-181.
- CLÉMENT Gustave, *César Roux. L'homme et le chirurgien*, Lausanne, Payot, 1935, 38 p.
- NEIDHARDT J. H., « Entre la France et le monde germanique : César Roux (1857-1934) – la chirurgie suisse à la croisée des chemins », in *Société suisse de chirurgie, 1963-1988*, Bâle, Schwabe & Co AG, 1990, pp. 45-52.
- PERRET Louis, « César Roux », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1927, pp. 121-133.
- PICOT Albert, « Le docteur César Roux », in Martin Hürlimann (éd.), *Grands hommes de la Suisse*, Zurich/Lausanne, Atlantis/Payot, 1945, pp. 358-365.
- PIOTET Gustave, « César Roux, 1857-1934 », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1949, pp. 481-489.
- REYMOND Maxime, *Les origines du Professeur Docteur César Roux*, Lausanne, Imprimerie vaudoise, 1935, 8 p.
- REYMOND Maxime, *César Roux*, Lausanne, L'écolier romand, 1935, 22 p.
- SAEGESSER Frédéric, *César Roux. Son époque et la nôtre*, Lausanne, Ed. de l'Aire, 1989, 195 p.
- TAILLENS Jules et DECKER Pierre, *César Roux*, Lausanne, Eglise nationale vaudoise, 1945, 271 p.
- VULLIET Henri, *César Roux*, Bâle, Schwabe, 1930, 7 p.

Ouvrages et articles

Les publications classées ici sont celles éditées avant 1960, ainsi que celles émanant des acteurs (établissements hospitaliers, médecins, professeurs) pris pour objet d'étude dans ce travail.

- 50^e anniversaire de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande : 1893-1943, Lausanne, 1943, 55 p.
- 125^e anniversaire de l'hôpital de Morges, Lausanne, Imprimeries réunies, 1994, 61 p.
- 1867-1967, *Hôpital d'Aigle. Cent années hospitalières*, Aigle, Hôpital, 1967, n.p.
- 1869-1969, *100 ans au service de la communauté, Hôpital de Morges*, La Chaux-de-Fonds, Courvoisier, 1969, 61 p.
- A votre santé. Histoire des institutions de soins à Sainte-Croix*, Sainte-Croix, Les Cahiers du Balcon du Jura, 2000, 221 p.
- ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES, *50 Jahre Jubiläum. Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften*, Bâle, ASSM, 1993, 120 p.
- ADEHR. *Association des directeurs des établissements hospitaliers de Suisse romande. 20^e anniversaire*, Saignelégier, ADEHR, 1993, 43 p.
- André Golaz, *11 mai 1989*, Morges, Hôpital, 1989, 64 p.
- Asile des aveugles. Lausanne. Centre d'accueil, d'instruction et d'adaptation pour aveugles et faibles de vue, 1843-1985*, Renens, 1985, 137 p.
- BARDEL Octave, *1846-1946 : 100^e anniversaire, Société vaudoise de secours mutuels, Notice historique*, Vevey, 1946, 103 p.

- BOLLI Laurent, *Chronique de l'Asile des aveugles de Lausanne, 1843-1943*, Lausanne, Concorde, 1944, 322 p.
- BONARD Emile, *Histoire de l'Hôpital de Saint-Loup, 1852-1984*, Saint-Loup, Association des Amis de l'Hôpital de zone de Saint-Loup-Orbe, s.d., 40 p.
- BONJOUR Félix, *Louis Ruchonnet. Sa vie – son œuvre*, Lausanne, Imprimerie vaudoise, 1936, 299 p.
- BRIDGMAN Robert-Frédéric, « Problèmes de gestion hospitalière du point de vue administratif », in *Revue économique et sociale*, 1965, pp. 75-80.
- But en blanc. Ces anecdotes qui font l'histoire*, Nyon, Hôpital de district, 1977, 183 p.
- Centenaire de la Société vaudoise de médecine, 1829-1929*, Lausanne, Concorde, 1929, 173 p.
- Centième anniversaire de l'hôpital orthopédique de la Suisse romande*, Lausanne, Hospice orthopédique, 1976, 136 p.
- CEPPI Pierre et JACQUES Adalbert, *Centenaire de l'hôpital de Sainte-Croix, 1875-1975*, Sainte-Croix, s.d., 13 p.
- CHAVANNE D. A., *Notice sur l'hospice cantonal du canton de Vaud*, 1838, 18 p.
- Cinquantenaire de la Faculté de médecine de Lausanne, 1890-1940*, Lausanne, Pépinet, 1940, 171 p.
- CLAVEL Jacques et CHAUSSON Jacques David, *La pérennité d'une vocation: Asile des aveugles, Lausanne: centre d'accueil, d'instruction et d'adaptation pour aveugles et faibles de vue: 1843-1993*, Lausanne, Fondation de l'Asile des aveugles, 1993, 141 p.
- Clinique La Source, 100 ans, 1891-1991*, Lausanne, La Source, 1991, 27 p.
- COCLAS N., *Une affaire*, Lausanne, 1920, 157 p.
- La construction des hôpitaux modernes et leurs installations. Ouvrage destiné à l'usage des médecins, architectes, ingénieurs, techniciens, personnel d'administration, étudiants et praticiens*, Berne, Maison Schaerer SA, 1930, 604 p.
- CORNAZ C., *La mutualité dans le canton de Vaud*, Lausanne, A. Fatio, 1880, 144 p.
- DECKER Pierre, « Le problème de l'anesthésie en Suisse », in *Helvetia chirurgica acta*, 1948, pp. 423-439.
- DECKER Pierre & HESSLER W., « Les sulfamidés en chirurgie », in *Helvetia Medica Acta*, vol. 11, 1944, pp. 337-401.
- DENEREAZ L., « La cuisine électrique de l'Hôpital su Samaritain, à Vevey », in *Bulletin technique de la Suisse romande*, 1933, pp. 34-36.
- Dermatologie lausannoise 1915-1950. Souvenirs de Sœur Henriette Dufey*, www.dermanet.ch (site consulté en juillet 2003).
- Dernière leçon de M. le Dr Pierre Decker, Professeur ordinaire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine*, Lausanne, Université, 1957, 32 p.
- Discours et leçons prononcés à l'ouverture des cours du 1er semestre de l'Université de Lausanne*, Lausanne, Editions de l'Université, 1891, 387 p.
- « Docteur César Matthey (1859-1923) », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1923, pp. 772-773.
- DUBS Jakob, *La chirurgie de guerre dans l'armée suisse : précis pour officiers et aspirants du service de santé*, Zurich, Morgarten, 1939, 322 p.
- DUFOUR René, « Essor de l'ophtalmologie à Lausanne au 19^e siècle », in *Advances in Ophthalmology*, 1978, n°36, pp. 12-20.

- DUPONT Emile, « Le service de chirurgie de l'Hôpital cantonal », in *RMSR*, 1876, pp. 253-257 et 294-302.
- L'Ecole industrielle cantonale. Notice historique*, Lausanne, Payot, 1902, 234 p.
- Les établissements pour malades en Suisse de 1936 à 1942*, Berne, Bureau fédéral de la Statistique, 1945, 58 p.
- Exposition cantonale vaudoise, Vevey, 1901. Rapport du commissariat général et rapport du jury*, Vevey, 1905, 252 p.
- FELL-DORIOT Jeanne, *75 ans Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande*, 1969, 88 p.
- FRANCKEN William, « Le rôle du Pavillon régional et les premières armes du Pavillon de la Côte », in *RMSR*, 1924, pp. 469-470.
- GERMOND H., « Notice sur les infirmeries locales dans la Suisse romande, présentée à la Société d'utilité publique du canton de Vaud, dans sa séance du 23 août 1870, à Avenches », in *Journal de la Société vaudoise d'utilité publique*, 1870, pp. 251-262.
- GILLIAND Pierre, *Viellissement démographique et planification hospitalière. Etude fondée sur les données de la Suisse et du canton de Vaud*, Lausanne, Département de l'Intérieur, 1969, 342 p.
- GOLAZ André, *Hôpital de zone – Réalisation et organisation*, Rennes, ENSP, 1968, 106 p.
- GREC Charles, *Centenaire de la section de Vevey de la Société vaudoise de secours mutuels, 1847-1947*, Vevey, 1947, 24 p.
- HAHN Charles, *Chirurgien du cœur. L'une des conquêtes médicales du siècle par un grand patron de Suisse romande*, Lausanne, 24 Heures, 1987, 377 p.
- HERZIG Maxilian, *Etude sur la thoracoplastie*, Lausanne, Imprimeries réunies, 1925, 40 p.
- L'hôpital de Lavaux, 1942-1992, Cinquante ans*, s.l., s.d., 11 p.
- L'infirmerie de la Broye. Notice historique, 1867-1940*, s.l., s.d., 43 p.
- Infirmerie Comtesse, Romainmôtier, centenaire 1893-1993*, Romainmôtier, Fondation Comtesse, 1993, n.p.
- Infirmerie de Moudon – Notice historique*, Mondon, L'Eveil, 1895, 11 p.
- L'infirmerie de Nyon, 1877-1927*, Nyon, Imprimerie du Courrier de la Côte, 1927, 29 p.
- Installation de MM. Les professeurs ordinaires H. Badoux, Ch. Jéquier, P. Collart, D. Bonnard, G. Vincent, F. Saegesser*, Lausanne, Payot, 1960, 56 p.
- JUILLARD, *Notice sur l'hôpital cantonal de Genève*, Lausanne, Corbaz, 1870, 26 p.
- KINKELIN Hermannn, *Les Sociétés de secours mutuels en Suisse en 1880*, Berne, 1887, 79 + 76 p.
- KOLLROS Jean-Charles, *100 ans, Hôpital de Montreux*, Montreux, Corbaz, 1977, 29 p.
- KRAEGE Charles, *Histoire de l'hospitalisation à Aigle de 1360 à 1991*, Aigle, 1992, n.p.
- KRAFFT Charles, « La naissance de l'appendicite », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1915.
- KRAFFT Charles, *La Source et Saint-Loup*, Lausanne, Imp. J. Couchoud, 1918, 8 p.
- Liste des travaux du Centre anticancéreux romand, 1925-1944*, Lausanne, La Concorde, 1946.
- Louis Michaud, 1880-1956*, Bâle, Benno Schwab & Cie, 1957, 70 p.

- MARTIN Henri, *Hospice orthopédique de la Suisse romande. Aperçu sur les vingt premières années*, Lausanne, Bridel et Cie, s.d., 8 p.
- DE MESTRAL COMBREMONT J., *Vies données... vies retrouvées. Les diaconesses de Saint-Loup*, Lausanne, Payot, 1932, 160 p.
- MORAX Jean, *Cadastre sanitaire. Statistique médicale du canton de Vaud*, Lausanne, F. Rouge, 1899, 191 p.
- MORÉ Jean-Louis, *Une visite à l'hospice de l'Enfance de Lausanne*, Genève, Bonnant, 1867, 8 p.
- NAEF Andreas, *De la tuberculose à la greffe du cœur. 1940-1990. Parcours d'un chirurgien*, Genève, Médecine & Hygiène, 1995, 101 p.
- NICOD Louis, « Historique médical de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1963, n°83, pp. 291-317.
- PASCH T. et FREI F., « 50 ans de la Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation (SSAR) », in *Bulletin des médecins suisses*, 2002, pp. 2766-2770.
- PIOTET Gustave, *La médecine au service du malade*, Neuchâtel, La Baconnière, 1979, 255 p.
- Planification hospitalière 1966*, Lausanne, Département de l'Intérieur, 1966.
- Policlinique médicale universitaire, 100 ans, 1887-1987*, Lausanne, PMU, 1987, 66 p.
- DE QUERVAIN Fritz, « Zur Operationstischfrage », in *Zentralblatt für Chirurgie*, 1906, pp. 321-323.
- REYNIER Jean-Pierre de, « L'Hôpital de l'Enfance de 1861 à 1979 », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1980, pp. 557-565.
- DE LA RIVE William, *William Haldimand*, Lausanne, La Concorde, 1944, 77 p.
- ROBERT A.-Eug., *La méthode purement aseptique dans le traitement des plaies de guerre en France*, Genève, s.d. [1918], 45 p.
- ROCH M., « Médecine américaine et médecine suisse », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1951, pp. 65-71.
- ROLLIER Auguste, *Quarante ans d'héliothérapie*, Lausanne, Librairie de l'Université, 1944, 179 p.
- ROSENFELD Isidore, *Hospitals – Integrated design*, New York, Progressive architecture library, 1947, 308 p.
- ROUGE Louis, « Etude sur l'assistance des malades et sur les hôpitaux », in *RMSR*, 1873, pp. 81-99, 124-136, 184-203 et 208-229.
- SAEGESSER Frédéric, « L'avenir de la chirurgie, tel que je le vois », in *Société suisse de chirurgie, 1963-1988*, Bâle, Schwabe & Co AG, 1990, pp. 73-81.
- « La santé publique », in *L'architecture aujourd'hui*, n°15, novembre 1947.
- SEGOND Victor, *Annuaire philanthropique vaudois 1883*, Lausanne, Société vaudoise d'utilité publique, 1883, 259 p.
- SEGOND Victor, *La bienfaisance dans le canton de Vaud*, Nyon, Rauschet & Co, 1895, 296 p.
- Société suisse de chirurgie, 1913-1963*, Bâle, Schwabe, 1963, 70 p.
- Société suisse de chirurgie, 1963-1988*, Bâle, Schwabe, 1990, 111 p.
- SOCIÉTÉ VAUDOISE DES SECOURS MUTUELS, *Notice historique sur la Société vaudoise des secours mutuels, 1846-1896*, Vevey, Imp. Säuberlin et Pfeiffer, 1896, 40 p.

- SOCIÉTÉ VAUDOISE ET ROMANDE DES SECOURS MUTUELS, *125 ans de présence*, Lausanne, s.n, 1971, n. p.
- Les sociétés de secours mutuels en Suisse en l'année 1903*, Berne, Département fédéral de l'Industrie, 1907, 335 p.
- « Statistique des hôpitaux et hospices de la Suisse au 31.12.1909 », in *Journal de Statistique Suisse*, 1910, pp. 283-318.
- VALLERY-RADOT Pierre, *Nos vieux hôpitaux. Un siècle d'histoire hospitalière de Louis-Philippe jusqu'à nos jours (1837-1949)*, Paris, Ed. Paul Dupont, 1948, 219 p.
- VAUCHER Henri, *Hôpital ophtalmique Adolphe-de-Rothschild*, Genève, 1982, 112 p.
- VERDAN Claude, « 50^e anniversaire de la fondation de la Clinique et permanence médicale de Longeraie, 1946-1996. Historique », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1996, pp. 145-148.
- VERDAN Claude, *Histoire de la Société suisse de chirurgie plastique reconstructive et esthétique à l'occasion de son vingtième anniversaire, 1965 – 1985*, Lausanne, 1985, 133 p.
- VERDAN Claude, *Mémoires d'un chirurgien*, Lausanne, Fondation Claude Verdan, 5 volumes, 1999-2001.
- VETTER William et VOUGA Jean-Pierre, « Le nouveau groupe opératoire de l'hôpital cantonal de Lausanne (Clinique de Chirurgie) », in *Schweizerische Bauzeitung*, 8 mai 1948.
- VINCENT J., *Aux écoutes de la souffrance. Histoire de l'Institution des diaconesses de Saint-Loup publiée, à l'occasion de son centenaire, par le Conseil général, 1842-1942*, Lausanne, La Concorde, 1942, 302 p.
- WAGNER Jules (éd.), *Le Livre d'or de l'Expo nationale 1939*, Zurich, Verkehrsverlag, 1940, 334 p.

Dictionnaires et instruments biographiques

- Belles-Lettres de Lausanne. Livre d'or du 175^e anniversaire, 1806-1981*, Lausanne, Belles-Lettres, 1981, 581 p.
- Belles-Lettres de Neuchâtel. Livre d'or, 1932-1960*, Neuchâtel, Société des anciens-bellettriens neuchâtelois, 1960, 395 p.
- CHUARD Jean-Pierre, *Helvétia : livre d'or de la section vaudoise : 1847-1982*, Lausanne, 1983, 646 p.
- Dictionnaire historique de la Suisse*, www.dhs.ch.
- Dictionnaire historique et biographique de la Suisse*, 8 volumes, Neuchâtel, 1921-1934.
- GORGERAT Charles, *Notre libéralisme*, Lausanne, Imprimerie centrale, 1946, 290 p.
- GRUNER Erich (dir.), *L'Assemblée fédérale suisse, 1848-1920. Biographies*, Berne, Francke, 1966, 1021 p.
- Notum. La vie du canton de Vaud notulée au présent dans son cadre historique et culturel*, Lausanne, Ed. du Notum, 1980, 174 p.
- ROBERT Olivier et PANESE Franceso, *Dictionnaire des professeurs de l'Université de Lausanne dès 1890*, Lausanne, Université, 2000, 1433 p.
- SPOTHELFER Jean Marc, *Les Zofingiens. Livre d'or de la Section vaudoise*, Cabédita, Yens-sur-Morges, 1995, n.p.
- Statistique historique de la Suisse*, Zurich, Chronos, 1996, 1221 p.

Bibliographie

- ANDRE Maurice, *Leysin, station médicale*, Pully, Les Iles futures, 2002, 310 p.
- Annuaire statistique du canton de Vaud – 1985*, Lausanne, Service cantonal de recherche et d'information statistiques, 1985, 448 p.
- BAILLY Antoine et PÉRIAT Michel, *Médecimétrie : une nouvelle approche de la santé*, Paris, Economica, 1995, 100 p.
- BAILLY Antoine et WIDMER Gérard, « Une nouvelle approche pour la planification hospitalière : la conception médocométrique », in *Revue d'économie régionale et urbaine*, 5, 1997, pp. 817-828.
- BARRAS Vincent, « Le médecin de 1880 à la fin du XX^e siècle », in Cabellat Louis (dir.), *Histoire du médecin*, Paris, Flammarion, 1999, pp. 269-307.
- BARRAS Vincent et LACHARME Cécile, « L'Hospice cantonal », in *Vaud sous l'Acte de Médiation, 1803-1813 : la naissance d'un canton confédéré*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 2002, pp. 176-181.
- BARRAS Vincent et VOUILLOZ BURNIER Marie-France, *De l'hospice au réseau santé. Santé publique et systèmes hospitaliers valaisans, XIXe-XXe siècles*, Sierre, Monographic, 2004, 441 p.
- Bâtiment des instituts*, Lausanne, Département des Travaux publics / Service des bâtiments, 1987, 26 p.
- BERG Marc et TIMMERMANS Stefan, *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphie, Temple University Press, 2003, 280 p.
- BIAUDET Jean-Charles, « L'écharpe, le marteau et le tourniquet. Mathias Mayor, un chirurgien vaudois du début du XIX^e siècle », in Guy Saudan (éd.), *L'Eveil médical vaudois, 1750-1850. Tissot, Venel, Mayor*, Lausanne, Université, 1987, pp. 105-175.
- BIJKE Wiebe, *Of Bicycles, Bakelites and Bulbs. Toward a Theory of Sociotechnical Change*, Londres/Cambridge, MIT Press, 1995, 380 p.
- BIJKE Wiebe, HUGHES Thomas et PINCH Trevor (éd.), *The Social Construction of Technological Systems. New Directions in the Sociology and History of Technology*, Londres/Cambridge, MIT Press, 1999 [1^{ère} éd. 1989], 405 p.
- BLANC Olivier, *Démographie et développement. Le canton de Vaud au XIX^e siècle*, Lausanne, Office de statistique de l'Etat de Vaud, 1974, 289 p.

- BLUME Stuart S., *Insight and Industry. On the Dynamics of Technological Change in Medicine*, Londres/Cambridge, MIT Press, 1992, 306 p.
- BONARD Claude, *Aliénistes et maladies mentales à Genève : un prolongement méconnu de la Révolution de 1846 : « l'affaire Coindet »*, Université de Genève, mémoire de licence, 1984, 118 p.
- BORBOËN Marina, *Etude des livres opératoires de l'Hôpital cantonal de Lausanne de 1891 à 1930. Contexte et évolution de l'anesthésiologie*, Université de Lausanne, thèse de doctorat en médecine, 1996, 201 p.
- BOSSON Alain, *Histoire des médecins fribourgeois (1850-1900). Des premières anesthésies à l'apparition des rayons X*, Fribourg, Université, 1998, 225 p.
- BOURGEOIS Daniel, *Business helvétique et Troisième Reich. Milieux d'affaires, politique étrangère, antisémitisme*, Lausanne, Ed. Page Deux, 1998, 296 p.
- BOVARD P.-A., *Le gouvernement vaudois de 1803 à 1962*, Morges, Peyrollaz, 1982, 293 p.
- BRAUN Rudolf, « Zur Professionalisierung des Ärztesstandes in der Schweiz », in *Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert*, vol. 1, Stuttgart, 1985, pp. 332-357.
- BRIDGMAN PERKINS Barbara, « Shaping Institution-Based Specialism : Early Twentieth-Century Economic Organisation of Medicine », in *Social History of Medicine*, 1997, pp. 419-435.
- BRÜGGEMEIER F.-L., « Konstruktion und Wirklichkeit. Neuere Arbeiten zur Geschichte von Medizin und Gesellschaft », in *Archiv für Sozialgeschichte*, 1994, pp. 489-494.
- BUTIKOFER Roland, *Le refus de la modernité : la Ligue vaudoise: une extrême droite et la Suisse (1919-1945)*, Lausanne, Payot, 1996, 505 p.
- CARON François, *Les deux révolutions industrielles du 20^e siècle*, Paris, Albin Michel, 1997, 590 p.
- CASTROVIEJO Pedro M. Pérez, « La formación del sistema hospitalario vasco : administración y gestión económica, 1800-1936 », in *Transportes, Servicios y Telecomunicaciones*, 2002, pp. 73-97.
- CENTLIVRES Robert et FLEURY Jean-Jacques, *De l'Eglise d'Etat à l'Eglise nationale (1839-1863)*, Lausanne, Eglise nationale vaudoise, 1963, 231 p.
- CHANDLER Alfred D., *La main visible des managers. Une analyse historique*, Paris, Economica, 1988 [1^{ère} édition anglaise 1977], 635 p.
- CHAUVIE Albert, *Le Conseil de Santé du canton de Vaud*, Lausanne, Service de la Santé publique, 1990, 46 p.
- CHAUVIE Albert, *Du « Comité de Santé » au Service de la Santé publique et de la planification sanitaire. Historique de l'organisation sanitaire dans le canton de Vaud, dès son indépendance*, Lausanne, Service de la Santé publique, 1990, 119 p.
- CHERRY Steven, « Accountability, Entitlement, and Control Issues and Voluntary Hospital Funding c1860-1939 », in *Social History of Medicine*, 1996, pp. 215-233.
- CHERRY Steven, « Before the National Health Service : financing the voluntary hospitals, 1900-1939 », in *Economic History Review*, 1997, pp. 305-326.
- CHERRY Steven, « Hospital Saturday, Workplace Collections and Issues in late Nineteenth-Century Hospital Funding », in *Medical History*, 2000, pp. 461-488.
- CHIESA Virgilio, *L'Ospedale civico di Lugano*, Bellinzona/Lugano, 1944, 144 p.

- CHRIST Thierry, « De la bienfaisance privée à l'Etat social ? Mise en place, financement et contrôle du réseau hospitalier et institutionnel (orphelinats, hospices) à Neuchâtel (1815-1914) », in *Revue historique neuchâteloise*, 1997, pp. 23-51.
- CHRIST Thierry, « Du zèle piétiste à l'activisme républicain. Démocratisation de la gestion et du contrôle de l'hôpital à Neuchâtel au 19^e siècle », in *Revue historique neuchâteloise*, 1999, pp. 19-31.
- CLAVEL Anne-Marie et PROD'HOM Louis-Samuel, *Historique de la mutation de l'Hôpital cantonal de Lausanne en Centre hospitalier universitaire vaudois de 1959 à 1990*, s.l., 1993, 290 p.
- COHEN Yves et PESTRE Dominique, « Histoire des techniques » (dir.), in *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 1998, pp. 721-943.
- COOTER Roger, « The meaning of fractures : orthopaedics and the reform of british hospitals in the inter-war period », in *Medical History*, 1987, pp. 306-322.
- COOTER Roger, *Surgery and society in peace and war: orthopaedics and the organisation of modern medicine, 1880-1948*, Londres, Macmillan, 1993, 416 p.
- COOTER Roger, « War and Modern Medicine », in BYNUM W. F. et PORTER Roy, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, Londres/New York, Routledge, 1993, vol. 2, pp. 1536-1573.
- COOTER Rogger, HARRISON Mark, STURDY Steve (éd.), *War, Medicine and Modernity*, Thrup, Sutton Publishing, 1998, 258 p.
- COOTER Rogger, HARRISON Mark, STURDY Steve (éd.), *Medicine and Modern Warfare*, Amsterdam, Rodopi, 1999, 285 p.
- CORBIN Alain, *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social, XVIIIe-XIXe siècles*, Paris, Flammarion, 1986, 336 p.
- CRAMER Marc et STAROBINSKI Jean, *Centenaire de la Faculté de médecine de l'Université de Genève (1876-1976)*, Genève, Médecine & Hygiène, 1976, 165 p.
- DIRLEWANGER Dominique, *Les services industriels de Lausanne. La révolution industrielle d'une ville tertiaire (1896-1901)*, Lausanne, Antipodes, 1998, 178 p.
- DIRLEWANGER Dominique et FUSSINGER Catherine, « Les nécrologies des médecins romands : une autopsie du corps médical », in *Revue historique vaudoise*, 1995, pp. 187-246.
- DOLIVO Adrien, *La pharmacie vaudoise au temps de la prépondérance radicale 1845-1945*, Liebefeld, SGGP/SSHP, 2000, 519 p.
- DOMMANN Monika, *Durchsicht. Einsicht. Vorsicht. Eine Geschichte der Röntgenstrahlen, 1896-1963*, Zurich, Chronos, 2003, 447 p.
- DONZE Pierre-Yves, *L'hôpital bourgeois de Porrentruy*, Porrentruy, CEH, 2000, 210 p.
- DONZE Pierre-Yves, *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*, Genève, Georg, 2003, 367 p.
- DONZE Pierre-Yves, *Du lobbying au partenariat : la Fédération des hôpitaux vaudois, 1903-2003*, Aigle, FHV, 2003, 14 p.
- DREYFUSS Véronique, *Le Bloc hospitalier du CHUV. Essai de géographie urbaine*, Lausanne, L'Aire, 1979, 120 p.
- DROUX Joëlle, *L'attraction céleste. La construction de la profession d'infirmière en Suisse Romande (19^e-20^e siècles)*, Thèse de doctorat, Université de Genève, 2000, 910 p.

- DROUX Joëlle, « Pédiatres et pédiatrie à Genève : l'enfance de l'art (1880-1950) », in Susannet Suter (dir.), *Âges et visages de la pédiatrie. La genèse du Département de pédiatrie*, Genève, Georg / HUG, 2001, pp. 43-60.
- Une école pour l'école. 150 ans d'Ecole normale dans le Canton de Vaud*, Lausanne, Ecoles normales du canton de Vaud, 1983, 181 p.
- EHRENSTRÖM Philippe, « Affirmation et structuration de la profession médicale, Genève, 1880-1914 », in *Revue suisse d'histoire*, 1992, pp. 220-226.
- FAIRMAN Julie, « Economically Practical and Critically Necessary ? The Development of Intensive Care at Chestnut Hill Hospital », in *Bulletin of the History of Medicine*, 2000, pp. 80-106.
- FAURE Olivier, *Genèse de l'hôpital moderne : les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1982, 269 p.
- FAURE Olivier, « 20 ans d'histoire de la santé », in *Revue historique vaudoise*, 1995, pp. 315-327.
- FAURE Olivier, « La médicalisation vue par les historiens », in AÏACH Pierre et DELANOË Daniel, *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Economica, 1998, pp. 53-68.
- FEE Elizabeth, « The Social History of the Hospital : From Charity Care to the Management of Medicine : A Review Essay », in *Radical History Review*, 1984, pp. 472-481.
- FLEURY Antoine et JOYE Frédéric, *Les débuts de la politique de la recherche en Suisse. Histoire de la création du Fonds national de la recherche scientifique*, Genève, Droz, 2002, 223 p.
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963, 214 p.
- FOUCAULT Michel, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », in *Dits et écrits*, Paris, Gallimard, 1998, vol. 3, pp. 508-521.
- FRANCILLON Denise, « La Source. Enjeux et perspectives d'une école-hôpital », in *Mémoire vive*, 1992, pp. 33-42.
- FRANCILLON Denise (dir.), *Valérie de Gasparin, une conservatrice révolutionnaire*, Lausanne/Le Mont-sur-Lausanne, Ecole de La Source/Ed. Ouverture, 1994, 142 p.
- FRANCILLON Denise, « L'œuvre sociale : la réalisation d'un idéal. De la charité pratique à la profession d'infirmière », in FRANCILLON Denise (dir.), *Valérie de Gasparin, une conservatrice révolutionnaire*, Lausanne/Le Mont-sur-Lausanne, Ecole de La Source/Ed. Ouverture, 1994, pp. 100-136.
- FRANCILLON Denise, « Du métier de garde-malade à la profession d'infirmière: de la dépendance à la professionnalisation », *Revue historique vaudoise*, 1995, pp. 293-313.
- FRENK Edgar (dir.), *Dermatologie und Venerologie in der Schweiz. Ein historischer Rückblick – Dermatologie et vénérologie en Suisse. Un aperçu historique*, Neuchâtel, Alphil, 2004, 204 p.
- FREY Pierre, *Alphonse Laverrière, 1872-1954. Parcours dans les archives d'un architecte*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 1999, 276 p.
- FUSSINGER Catherine et TEVAEARAI Deodatt, *Lieux de folie, monuments de raison. Architecture et psychiatrie en Suisse romande, 1830-1930*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 1998, 212 p.
- GARDEN Maurice, *Histoire économique d'une entreprise de santé : le budget des Hospices civils de Lyon, 1800-1976*, Lyon, PUL, 1980, 148 p.

- GÄRTNER Ludwig, « La loi sur l'assurance-maladie et l'évolution des coûts de la santé », in *La Vie économique*, n°9, 2001, pp. 19-23.
- GASSER Paul, *Charles Krafft (1863-1921), ein Pionier der Appendektomie und der Krankenpflege in Europa*, Basel, Schwabe & Co, 1977, 121 p.
- GERMOND Pierre, *Chronique des Pharmacies de la région veveysanne de 1326 à 1989*, Vevey, P. Germond, 1989, 103 p.
- GILLE Bertrand (dir.), *Histoire des techniques*, Paris, Gallimard, 1978, 1652 p.
- GOEBEL Thomas, « American Medicine and the "Organisational Synthesis": Chicago Physicians and the Business of Medicine, 1900-1920 », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1994, pp. 639-663.
- GOTTRAUX-BIANCARDI Elena, *L'âge d'or de la Ligue vaudoise contre la tuberculose*, Université de Genève, mémoire de licence, 1987, 254 p.
- GOUBERT Jean-Pierre (éd.), *La médicalisation de la société française, 1770-1830*, Waterloo, Historial Reflections Press, 1982, 304 p.
- GRANDSHAW Lindsay, « "Fame and fortune by means of bricks and mortar": the medical profession and specialist hospitals in Britain », in Roy Porter and Lindsay Grandshaw (éd.), *Hospitals in History*, Londres/New York, Routledge, 1989, pp. 199-220.
- GROSS Michel, *Placide Nicod. Un pionnier de l'orthopédie moderne*, Yens-sur-Morges, Cabédita, 1993, 133 p.
- HAMILTON David, « The Nineteenth-Century Surgical Revolution – Antisepsis or Better Nutrition ? », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1982, pp. 30-40.
- HAYTER Charles R., « The Clinic as Laboratory : The Case of Radiation Therapy, 1896-1920 », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1998, pp. 663-688.
- HEER Jean, *Nestlé, Cent vingt-cinq ans de 1866 à 1991*, Vevey, Nestlé SA, 1991, 539 p.
- HELLER Daniel, *Eugen Bircher. Arzt, Militär, Politiker*, Zurich, NZZ Verlag, 1990, 461 p.
- HELLER Geneviève, « Leysin et son passé médical », in *Gesnerus*, 1990, pp. 329-344.
- HELLER Geneviève, *Charlotte Olivier. La lutte contre la tuberculose dans le canton de Vaud*, Lausanne, Ed. d'en bas, 1992, 244 p.
- HELLER Geneviève, « Les lieux de la maladie : quelques repères historiques », in HAGMANN Hermann-Michel et FRAGNIÈRE Jean-Pierre (éd.), *Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation*, Lausanne, Réalités sociales, 1997, pp. 15-25.
- HICKEY Daniel, *Local Hospitals in Ancien Régime France. Rationalization, Resistance, Renewal, 1530-1789*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1997, 275 p.
- HIRSCHAUER Stefan, « The Manufacture of Bodies in Surgery », in *Social Studies of Science*, 1991, pp. 279-319.
- HOWELL Joel, *Technology in the Hospital.. Transforming Patient Care in the early Twentieth Century*, Baltimore/Londres, Johns Hopkins University Press, 1995, 341 p.
- HUGHES Thomas P., *Networks of power: electrification in Western Society, 1880-1930*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1993 [1^{ère} éd. 1983], 474 p.
- HUGUES Thomas P., « L'histoire comme systèmes en évolution », in *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 1998, pp. 839-857.
- IMBERT Jean (dir.), *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat, 1982, 559 p.
- IMBERT Jean, « L'évolution de l'architecture hospitalière : piété, salubrité, bien-être », in *Bulletin de la Société française d'histoire des hôpitaux*, 1984, n°49, pp. 25-38.

- Ingénieurs et architectes vaudois. L'esprit d'entreprise*, Le Mont-sur-Lausanne, SIA, 1987, 142 p.
- JEANNERET Pierre, *Un itinéraire à travers le socialisme en Suisse romande : le Dr Maurice Jeanneret-Minkine (1886-1953)*, Lausanne Ed. de l'Aire, 1991, 639 p.
- JONES Colin et PORTER Roy (éd.), *Reassessing Foucault: power, medicine and the body*, Londres/New York, Routledge, 1994, 225 p.
- JORDAN Samuel, *Chocolats Villars SA (1901-1954). Le parcours d'une entreprise atypique*, Fribourg, Université, 2001, 287 p.
- KÄPPELI Anne-Marie, *Sublime croisade : éthique et politique du féminisme protestant, 1875-1928*, Genève, Zoé, 1990, 219 p.
- KATZ Pearl, « Ritual in Operating Room », in *Ethnology*, 1981, pp. 335-350.
- KEEL Othmar, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815*, Genève, Georg, 2001, 542 p.
- KEEL Othmar et HUDON Philippe, « L'essor de la pratique clinique dans les armées européennes (1750-1800) », in *Gesnerus*, 1997, pp. 37-58.
- KILLIAN Hans, *Meister der Chirurgie und die Chirurgenschulen im gesamten deutschen Sprachraum*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1980, 492 p.
- KLEIBER Charles (dir.), *La psychiatrie publique vaudoise : situation actuelle et évolutions possibles*, Lausanne, Service de la santé publique et de la planification hospitalière, 1984, 124 p.
- KLEISL Jean-Daniel, *Le patronat de la boîte de montre dans la vallée de Delémont. L'exemple de E. Piquerez SA et de G. Ruedin SA à Bassecourt (1926-1982)*, Delémont, Alphil, 1999, 245 p.
- KLEISL Jean-Daniel, *Electricité suisse et Troisième Reich*, Zurich/Lausanne, Chronos/Payot, 2001, 204 p.
- KUNITZ Stephen, « Efficiency and reform in the financing and organization of American medicine in the progressive era », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1981, pp. 497-515.
- LABISCH Alfons et SPREE Reinhardt (éd.), *“Einem jedem Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett.” Zur sozialgeschichte des allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, Francfort/New York, 1996, 470 p.
- LABISCH Alfons et SPREE Reinhardt, « Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland – Rückschau und Ausblick », in *Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte*, 1997, pp. 171-210 et 305-321.
- LABISCH Alfons et SPREE Reinhardt (éd.), *Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*, Francfort, Campus Verlag, 2001, 470 p.
- LACHARME Cécile, « La gestion des hôpitaux en Suisse romande. Quelques éléments pour une histoire des administrateurs au 18^e siècle », in Gutton Jean-Pierre (dir.), *Les administrateurs d'hôpitaux en Europe sous l'Ancien Régime*, Lyon, PUL, 2002, 140 p.
- LADOR Mireille, « Institution et sciences : modèles et réformes à la Faculté de médecine de Genève (1930-1973) », in *La formation des médecins (19^e-20^e siècles)*, Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale, 1998.
- LAGRÉE Michel et LEBRUN François, *Pour l'histoire de la médecine. Autour de l'œuvre de Jacques Léonard*, Rennes, PUR, 1994, 117 p.
- LAJUGIE Joseph e.a., *Espace régional et aménagement du territoire*, Paris Dalloz, 1979, 884 p.

- LASSERRE André, *Finances publiques et développement. Le canton de Vaud, 1831-1913*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 1980, 435 p.
- LATOUR Bruno et WOOLGAR Steve, *Laboratory life : the social construction of scientific facts*, Londres, Sage Publ., 1979, 271 p.
- LATOUR Bruno, *Pasteur : guerre et paix des microbes*, Paris, La Découverte, 2001 [1^{ère} éd. 1984], 363 p.
- LAWRENCE Christopher, « Democratic, divine and heroic : the history and historiography of surgery », in *Medical theory, surgical practice. Studies in the History of surgery*, London/New York, Routledge, 1992, pp. 1-47.
- LEHMANN-JOMINI Catherine, *La genèse de l'Infirmier de Lavaux: 1878-1942: Cas particulier dans le développement des hôpitaux régionaux vaudois*, mémoire de licence, Université de Lausanne, 1978, 66 p.
- LEIMGRUBER Matthieu, *Taylorisme et management en Suisse romande (1917-1950)*, Lausanne, Antipodes, 2001, 183 p.
- LEURIDAN Corinne, *Dessine-moi une maison. Une réforme asilaire genevoise (1817-1838)*, Université de Genève, mémoire de licence, 1994, 143 p.
- LEHZ Pierrette, *De la robe de bure à la tunique pantalon. Etude sur la place du vêtement dans la pratique infirmière*, Paris, Inter Editions, 1995, 182 p.
- LEONARD Jacques, *Les médecins de l'Ouest au XIXe siècle*, Paris, Champion, 1978, 3 vol., 1570 p.
- LOETZ Francisca, *Von Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850*, Stuttgart, Franz Steiner Verlag, 1993, 428 p.
- LÖWY Ilana (éd.), *Medicine and Change : Historical and Sociological Studies of Medical Innovation*, Paris/Londres, INSRM/ John Libbey Ltd, 1993, 470 p.
- LOUIS-COURVOISIER Micheline, *Soigner et consoler : la vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime (Genève 1750-1820)*, Genève, Georg, 2000, 318 p.
- LÜTHI Dave, *Les chapelles de l'Eglise libre vaudoise, 1847-1965. Histoire architecturale*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 2000, 287 p.
- LÜTHI Dave et CORTHESY Bruno, *L'Hôtel Cecil à Lausanne : étude historique*, Lausanne, Bureau de recherche en histoire de l'architecture, 2002, 32 p.
- LYNAUGH Joan, *The community hospitals of Kansas City, Missouri, 1870-1915*, New York/London, Garland, 1989, 216 p.
- MAILLARD Maryline, *Guigoz. Les débuts d'une entreprise innovatrice dans l'industrie laitière (1908-1937)*, Fribourg, Université, 2002, 339 p.
- MANAI Dominique, *Les droits du patient face à la médecine contemporaine*, Genève / Bâle, Faculté de droit / Helbing & Lichtenhahn, 1999, 302 p.
- MARCHAND Bruno (dir.), *Jean-Pierre Vouga, architecte de l'Etat*, Payot, Lausanne, 2000, 192 p.
- MATHYER Jacques, *Rodolphe A. Reiss. Pionnier de la criminalistique*, Lausanne, Payot, 2000, 208 p.
- MAYER Roger, « Il y a 75 ans naissait le second service de médecine de l'Hôpital cantonal de Genève », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1991, pp. 901-928.
- MEUWLY Olivier, *La politique vaudoise au 20^e siècle. De l'Etat radical à l'émiettement du pouvoir*, Lausanne, PPUR, 2003, 139 p.

- MOTTIER Georgette, *L'ambulance du docteur Alexis Carrel, 1914-1919*, Lausanne, Ed. La Source, 1977, 170 p.
- MOTTIER Georgette, *Histoire de l'Infirmier de Lausanne et de La Source: 1907-1982*, Lausanne, Ed. La Source, 1983, 105 p.
- MOUTET Aimée, *Les logiques de l'entreprise. La rationalisation française dans l'entre-deux-guerres*, Paris, EHESS, 1997, 495 p.
- MUHEIM David, *Le mutualisme contre l'assurance sociale. La Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Suisse romande et les premiers projets d'assurance maladie (1893-1912)*, Université de Lausanne, mémoire de licence, 1998, 96 p.
- MURKEN Axel Hinrich, « Das deutsche Baracken- und Pavillon-Krankenhaus von 1866 bis 1906 », in *Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1976, pp. 72-104.
- MÜTZENBERG Gabriel, *Une femme de style. Valérie de Gasparin*, Le Mont-sur-Lausanne, Ed. Ouverture, 1995, 230 p.
- NEUSHUL Peter, « Fighting research : army participation in the clinical testing and mass production of penicillin during the Second World War », in COOTER Rogger, HARRISON Mark, STURDY Steve (éd.), *War, Medicine and Modernity*, op.cit., pp. 203-224.
- OLIVIER Eugène, *Médecine et santé dans le Pays de Vaud. 2e partie: Au XVIIIe siècle: 1675-1798*, Lausanne, Payot, 1962, 2 vol., 1349 p.
- PERNICK Martin S., *A calculus of suffering. Pain, Professionalism and Anesthesia in Nineteenth-Century America*, New York, Columbia University Press, 1985, 421 p.
- PICKSTONE John, *Medicine and industrial society: a history of hospital development in Manchester and its region, 1752-1946*, Manchester, Manchester University Press, 1985, 369 p.
- PICKSTONE John, *Ways of knowing. A new history of science, technology and medicine*, Manchester, Manchester University Press, 2000, 270 p.
- PILLOUD Séverine, *La thérapeutique par le travail dans le traitement de la maladie mentale, du 19^e siècle à nos jours. Le cas du canton de Vaud : de l'hospice des aliénés du Champ-de-l'Air (1810-1873) à l'hôpital psychiatrique de Cery (1873-1970)*, mémoire de licence, Université de Lausanne, 1996, 80 p.
- PIOTET Georges, « Vers une redéfinition de l'interventionnisme étatique en Suisse ? », in Bernard Voutat (dir.), *Penser le politique. Regards sur la Suisse*, Lausanne, ISP, 1993, pp. 111-155.
- PORTER Roy, « The Gift Relation : philanthropy and provincial hospitals in 18th century England », in Granshaw Lindsay et Porter Roy (éd.), *Hospitals in History*, Londres/New-York, 1989, pp. 149-178.
- PORTER Roy et WEAR Andrew (éd.), *Problems and methods in the history of medicine*, Londres, Croom Helm, 1987, 262 p.
- PREMUDA Loris, « La naissance des spécialités », in *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 3, Paris, Seuil, 1999, pp. 253-269.
- PROD'HOM Louis-Samuel, CLAVEL Anne-Marie et HAMEL J.P., « L'hôpital universitaire : hier-aujourd'hui-demain », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1991, pp. 45-58.
- REVERBY Susan, « Stealing the golden eggs : Ernest Amory Codman and the science and management of medicine », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1981, pp. 156-171.

- RIEDER Philip, « La Maternité de Genève (1874-1907), une nouvelle porte d'entrée dans la vie ? », in *Gesnerus*, 2000, pp. 51-76.
- RIEDER Philip, *La Faculté dans tous ses états : médecine, politique et société à Genève, 1876-1922*, à paraître.
- DE RIEDMATTEN Soun, ROSETTI Daniel et FUSSINGER Catherine, « La création de l'assurance maladie, un danger pour le corps médical? (1893-1911) », *Revue historique vaudoise*, 1995, pp. 247-292.
- ROCHAIX Maurice, *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours. Contribution à l'étude des problèmes hospitaliers contemporains*, Paris, Berger-Levrault, 1996, 997 p.
- ROSEN George, « Changing attitudes of the medical profession to specialization », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1942, pp. 343-354.
- ROSEN George, « Patterns of health research in the United States, 1900-1960 », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1965, n°39, pp. 201-221.
- ROSEN George, « The Efficiency Criterion in Medical Care, 1900-1920 : An Early Approach to an Evaluation of Health Service », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1976, pp. 28-44.
- ROSENBERG Charles, « Inward vision and outward glance : the shaping of the American hospital, 1880-1914 », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1979, pp. 346-391.
- ROSENBERG Charles, *The care of strangers. The rise of America's hospital system*, New York, Basic Books, 1987, 437 p.
- ROSNER David, *A once charitable enterprise. Hospitals and health care in Brooklyn and New York, 1885-1915*, Cambridge, Cambridge University Press, 1982, 234 p.
- SAUDAN Guy (éd.), *L'éveil médical vaudois, 1750-1850, Tissot – Venel – Mayor*, Lausanne, Université, 1987, 183 p.
- SAUDAN Guy, « Dispensaire et polyclinique à Lausanne : 100 ans de médecine et société », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1989, pp. 267-277.
- SAUDAN Guy, *La médecine à Lausanne du XVIe au XXe siècle*, Lausanne, Faculté de médecine de l'Université/Denges, Editions du Verseau, Roth & Sauter, 1991, 273 p.
- SAUDAN Guy, « La Faculté de médecine de l'Université de Lausanne (1890) : un pari politique », in *Gesnerus*, 1991, n°48, pp. 409-427.
- SCHLICH Thomas, *Surgery, Science and Industry. A Revolution in Fracture Care, 1950s-1990s*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2002, 349 p.
- SHUMSKY Neil Larry, « The Municipal Clinic of San Francisco : A Study in Medical Structure », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1978, pp. 542-559.
- SECRÉTAN Claude, *L'hôpital de Cery, 1873-1973*, Lausanne, Payot, 1973, 140 p.
- SMITH Dale C., « Appendicitis, Appendectomy, and the Surgeons », in *Bulletin of the History of Medicine*, 1996, pp. 414-441.
- Société suisse de chirurgie, 1963-1988*, Bâle, Schwabe & Co AG, 1990, 111 p.
- SPREE Reinhardt, « Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts », in *Historische Zeitschrift*, 1995, pp. 75-105.
- STANTON Jennifer, « Making Sense of Technologies in Medicine », in *Social History of Medicine*, 1999, pp. 437-448.
- STANTON Jennifer (éd.), *Innovations in Health and Medicine. Diffusion and resistance in the twentieth century*, Londres et New York, Routledge, 2002, 232 p.

- STARR Paul, *The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, New York, Basic Books, 1982, 514 p.
- STURDY Steve, « The political economy of scientific medicine: science, education and the transformation of medical practice in Sheffield, 1890-1922 », in *Medical History*, 1992, pp. 125-159.
- TERRIER Georges, CALINON Danièle et OSTINI Suzanne, « Histoire des débuts de la radiologie à Lausanne (1896-1921) », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1996, pp. 1001-1008.
- TERRIER Georges, « Le Dr Fritz de Quervain à la Chaux-de-Fonds (1894-1910) », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1998, pp. 193-201.
- TISSOT Laurent, *E. Paillard & Cie, SA. Une entreprise vaudoise de petite mécanique, 1920-1945. Entreprise familiale, diversification industrielle et innovation technologique*, Cousset, Delval, 1987, 470 p.
- TISSOT Laurent, *Politique, société et enseignement supérieur dans le canton de Vaud. L'Université de Lausanne, 1890-1916*, Lausanne, Payot, 1996, 400 p.
- TISSOT Laurent, « Hôtels, pensions, pensionnats et cliniques à Lausanne : fondements pour une "industrie des étrangers", 1850-1920 », in STUDER Brigitte et TISSOT Laurent (dir.), *Le passé du présent. Mélanges offerts à André Lasserre*, Lausanne, Payot, 1999, pp. 69-88.
- TRÖHLER Ulrich, *Der Nobelpreisträger Theodor Kocher, 1841-1917. Auf dem Weg zur physiologischen Chirurgie*, Bâle, Birkhauser, 1984, 240 p.
- TRÖHLER Ulrich, « F. de Quervain, chirurgien pratique à La Chaux-de-Fonds (1895-1910) : Un esprit physiopathologique à la conquête d'un terrain nouveau », in *Gesnerus*, 1975, pp. 200-213.
- TRÖHLER Ulrich, « L'essor de la chirurgie », in *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 3, Paris, Seuil, 1999, pp. 235-251.
- TRÖHLER Ulrich, « Surgery (modern) », in BYNUM W. F. et PORTER Roy, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, Londres/New York, Routledge, 1993, vol. 2, pp. 984-1028.
- UEYAMA Takahiro, « Capital, Profession and Medical Technology : the electro-therapeutic institutes and the Royal College of Physicians, 1888-1922 », in *Medical History*, 1997, pp. 150-181.
- VERGEZ-CHAIGNON Bénédicte, *Les Internes des hôpitaux de Paris, 1802-1952*, Paris, Hachette, 2002, 318 p.
- VOGEL Morris J., « The transformation of American hospital, 1850-1920 », in REVERBY S. et ROSNER D. (éd.), *Health Care in America: Essays in Social History*, Philadelphia, 1979, pp. 105-116.
- VOGEL Morris J., *The invention of the modern hospital: Boston 1870-1930*, Chicago-London, University of Chicago Press, 1980, 171 p.
- VOGEL Morris J., « Managing medicine : creating a profession of hospital administration in the United States, 1895-1915 », in Granshaw Lindsay et Porter Roy (éd.), *Hospitals in History*, Londres/New-York, 1989, pp. 243-260.
- WADDINGTON Keir, *Charity and the London Hospitals, 1850-1898*, Woodbrifge, The Boydell Press, 2000, 252 p.
- WAGNIERES Jean-Claude, « Aux origines de l'Hôpital psychiatrique vaudois : l'Asile des Aliénés du Champ de l'Air (1810-1873) », in *Revue historique vaudoise*, 1995, pp. 13-61

- WALTER François, « La proto-médicalisation de l'hôpital ou la définition d'une nouvelle spatialité durant la première moitié du 19^e siècle », in WALTER François (éd.), *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire. Pour une histoire des soins infirmiers au 19^e siècle*, Carouge-Genève, Zoé, 1992, pp. 63-92.
- WEISZ George, « The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century », in *Bulletin of the History of Medicine*, 2003, pp. 536-575.
- WISARD François, *L'université vaudoise d'une guerre à l'autre. Politique, finances, refuge*, Lausanne, Payot, 1998, 523 p.
- WISHART James M., « Class Difference and the reformation of Ontario Public Hospitals, 1900-1935 : "Make Every Effort to Satisfy the tastes of the Well-to-Do" », in *Labour/Le Travail*, 2001, pp. 27-62.
- WORBOYS Michael, *Spreading Germs. Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1865-1900*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000, 327 p.
- ZEITOUN Nicolas, *Autour du secret médical dans le canton de Vaud. Discours et pratiques (1890-1960)*, Université de Lausanne, mémoire de licence, 2001, 130 p.

Liste des tableaux, des graphiques et des figures

Liste des tableaux

Tab.1	Hôpital cantonal, médecins-chefs du Service de chirurgie (1806-1890).....	25
Tab. 2	Types d'affections prises en charge par le Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Lausanne, en valeur absolue et en %, 1860-1880.....	30
Tab. 3	Elèves de Kocher en poste dans les hôpitaux romands.....	37
Tab. 4	Entreprises de production de matériel chirurgical en Suisse, 1947.....	40
Tab. 5	Chefs de clinique de la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal (1891-1923).....	71
Tab. 6	Carrière poursuivie par les internes de la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal (1891-1922).....	72
Tab. 7	Opérations du Service de chirurgie, médecin responsable de l'intervention, 1891-1920.....	79
Tab. 8	Lieu de formation des médecins romands en poste dans des hôpitaux français, 1914-1916.....	86
Tab. 9	Sourciennes en activité dans les établissements médicaux romands (1907).....	94
Tab. 10	Médecins en poste à l'Hôpital cantonal, 1900-1960.....	101
Tab. 11	Principaux chefs de clinique de Pierre Decker, 1937-1958.....	102
Tab. 12	Principales dépenses de l'Hôpital, en %, 1855-1880.....	133
Tab. 13	Déficit par rapport aux dépenses d'exploitation, en %, 1856-1882.....	135
Tab. 14	Directeurs de l'Hôpital cantonal, 1883-1929.....	138
Tab. 15	Répartition des lits entre les divers services de l'Hôpital cantonal, 1901.....	149
Tab. 16	Demandes des médecins-chefs de l'Hôpital cantonal, 1913.....	149

Tab. 17	Personnel administratif de l'Hôpital cantonal et nombre de malades hospitalisés, 1910-1960.....	159
Tab. 18	Directeurs de l'Hôpital cantonal, 1909-1953	160
Tab. 19	Fonds spéciaux des cliniques, en francs courants, 1920-1940.....	179
Tab. 20	Chefs du Service de pharmacie de l'Hôpital cantonal, 1885-1964.....	185
Tab. 21	Principaux fournisseurs de spécialités pharmaceutiques à l'Hôpital cantonal, 1943	188
Tab. 22	Hôpital cantonal, frais d'alimentation par journée de malade, en francs courants, 1930-1940	195
Tab. 23	Principaux crédits accordés par le canton de Vaud au développement de l'Hôpital cantonal, 1942-1960.....	202
Tab. 24	Les infirmeries locales vaudoises lors de leur ouverture, 1842-1890.....	211
Tab. 25	Nouvelles constructions et agrandissements, 1870-1900.....	218
Tab. 26	Ressources financières des infirmeries locales vaudoises dans leurs premières années, en %	223
Tab. 27	Ressources financières des infirmeries locales vaudoises, vers 1900.....	226
Tab. 28	Paiement des pensions de malades à l'Infirmerie d'Aigle, 1878-1893.....	227
Tab. 29	Les caisses de secours mutuels du canton de Vaud en 1880 et en 1903.....	228
Tab. 30	Membres du comité de l'Infirmerie de Payerne, 1867-1920	230
Tab. 31	Comité de direction de l'Infirmerie de Montreux, 1890	234
Tab. 32	Membres du comité de direction de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande nommés entre 1876 et 1900	238
Tab. 33	Les chirurgiens-modernisateurs des hôpitaux régionaux vaudois.....	246
Tab. 34	Malades hospitalisés, durée de séjour moyen et nombre de lits dans les hôpitaux régionaux vaudois, 1920-1960.....	248
Tab. 35	Nouveaux bâtiments hospitaliers et transformations, 1920-1960	267
Tab. 36	Recettes des salles d'opérations et de radiologie dans les hôpitaux régionaux vaudois, 1960	269
Tab. 37	Financement de la construction d'un hôpital : l'exemple de l'Hôpital de Nyon, 1938	279
Tab. 38	Evolution des sources de financement de l'Hôpital d'Yverdon, 1910-1950.....	280
Tab. 39	Structure des revenus dans les établissements philanthropiques lausannois, en %, 1910-1940.....	282
Tab. 40	Structure des revenus de l'Institution de diaconesses de Saint-Loup, en %, 1910-1940	283
Tab. 41	Hôpital de Montreux, comptes d'exploitation, 1930-1960	293
Tab. 42	Hôpital de Montreux, membres du conseil d'administration en 1950	294

Tab. 43	Conseillers d'Etat en charge du Département de l'Intérieur, 1845-1961	300
Tab. 44	Chefs du Service des Secours publics (SSP), 1883-1909	304
Tab. 45	Malades pris en charge par l'Etat dans quelques infirmeries locales, en %, 1880-1910	310
Tab. 46	Chefs du Service des Secours publics (SSP), 1909-1945	313
Tab. 47	Malades pris en charge par l'Etat dans quelques hôpitaux régionaux, en % du total, 1920-1940	320
Tab. 48	Chefs du Service des Hospices, puis du Service de la Santé publique et du Service de la Prévoyance sociale et de l'assistance publique	329
Tab. 49	Malades hospitalisés à l'Hôpital cantonal de Lausanne, 1882-1960	372
Tab. 50	Subventions de l'Etat aux hôpitaux régionaux, en francs courants, 1875-1960.....	376

Liste des graphiques

Graph. 1	Nombre de malades hospitalisés à l'Hôpital cantonal de Lausanne et dans le Service de chirurgie, 1851-1882	34
Graph. 2	Nombre de médecins ayant le droit de pratiquer et population résidente dans le canton de Vaud, 1820-1950.....	97
Graph. 3	Nombre de malades hospitalisés à l'Hôpital cantonal de Lausanne, 1828-1882.....	124
Graph. 4	Dépenses d'exploitation de l'Hôpital cantonal et coût moyen de la journée d'hospitalisation, en francs courants, 1850-1882.....	133
Graph. 5	Recettes et dépenses d'exploitation de l'Hôpital cantonal, en francs courants, 1883-1914	143
Graph. 6	Dépenses et recettes d'exploitation de l'Hôpital cantonal, en francs courants, 1920-1950	165
Graph. 7	Pensions des malades hospitalisés en chambre privée, 1920-1950.....	167
Graph. 8	Fonds de réserve de la SVSM, en francs courants, 1916-1950.....	169
Graph. 9	Recettes du service de radiologie par rapport aux recettes d'exploitation, en %, 1904-1945	171
Graph. 10	Recettes totales et bénéfices nets du service de radiologie, en francs courants, 1932-1945	172
Graph. 11	Hôpital cantonal, dépenses d'alimentation et dépenses totales d'exploitation, en francs, 1914-1950.....	194
Graph. 12	Dépenses et recettes de l'Hôpital cantonal, 1950-1960	199
Graph. 13	Taxes opératoires versées au Fonds de l'Hôpital cantonal, en francs courants, 1930-1960	200
Graph. 14	Dons à l'Infirmerie d'Aigle, en francs courants, 1869-1894	224

Graph. 15	Capacité d'accueil (nombre de lits) et malades hospitalisés à l'Infirmerie de la Broye, 1870-1920	231
Graph. 16	Ressources de l'Infirmerie de la Broye, Payerne, en %, 1885-1920.....	232
Graph. 17	Infirmerie de Montreux, malades hospitalisés et fortune de l'établissement en francs, 1877-1894.....	235
Graph. 18	Malades hospitalisés dans les hôpitaux d'Aigle et de Nyon (Service de chirurgie + Service de médecine), 1875-1960.....	247
Graph. 19	Hospitalisations au sein du Service de chirurgie de l'Hôpital d'Aigle pour cause de plaies/fractures et d'appendicites, 1925-1950.....	251
Graph. 20	Malades hospitalisés et dépenses d'exploitations (en francs) à l'Hôpital de Payerne, 1920-1948	291
Graph. 21	Recettes et dépenses d'exploitation du Service des Secours publics, en francs courants, 1856-1880	307
Graph. 22	Hôpital cantonal, nombre de malades, 1882-1860	373
Graph. 23	Hôpital cantonal, nombre de journées d'hospitalisation et de journées gratuites, 1882-1960	373
Graph. 24	Dépenses et recettes d'exploitation, en francs courants, 1850-1950.....	374
Graph. 25	Taxes opératoires versées par les malades de l'Hôpital cantonal (hors budget d'exploitation), 1898-1950.....	374
Graph. 26	Part des pensions ordinaires dans les recettes d'exploitation, en %, 1895-1950.....	375
Graph. 27	Part des pensions privées dans les recettes d'exploitation, en %, 1895-1950.....	375

Liste des figures

Fig. 1	Le système socio-technique médical dans le canton de Vaud	14
Fig. 2	Table d'opérations de Quervain-Schaerer, modèle X	42
Fig. 3	Table d'opération de Quervain produite par Schaerer SA, 1906	44
Fig. 4	Autonomisation de quelques spécialités chirurgicales.....	53
Fig. 5	Plan de la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal de Lausanne, 1914.....	81
Fig. 6	Plan de la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal de Lausanne, 1947.....	114
Fig. 7	Autorités administratives de l'Hôpital cantonal vaudois	126
Fig. 8	Généalogie simplifiée du Dr Adolphe Butini.....	213
Fig. 9	Membres de la commission administrative de Saint-Loup engagés dans d'autres établissements médicaux durant la période Germond, 1842-1881.....	216
Fig. 10	Organes administratifs des infirmeries locales vaudoises.....	221

Fig. 11	Plan de l’Infirmierie de Moudon, 1886	243
Fig. 12	Plan de l’Hôpital de Rolle, 1er étage, 1930.....	266
Fig. 13	Organisation-type des hôpitaux régionaux, 1920-1960	274
Fig. 14	Organisation-type recherchée dans les années 1960	277
Fig. 15	Organigramme du Département de l’Intérieur, 1863-1957.....	302
Fig. 16	Réorganisation du Département de l’Intérieur, détail, 1957-1958.....	328
Fig. 17	Fonctionnement de la Convention hospitalière	336
Fig. 18	Plan français de réorganisation hospitalière, 1947	346
Fig. 19	L’organisation hospitalière vaudoise selon le plan hospitalier de 1966	348
Fig. 20	Carte : les hôpitaux vaudois en 1920	377

Liste des abréviations

ACV	Archives cantonales vaudoises
AEG	Archives de l'Etat de Genève
AIV	Association des Infirmeries vaudoises
ALS	Archives de l'Ecole de La Source
ASSM	Association suisse des sciences médicales
AVL	Archives de la ville de Lausanne
BCU	Bibliothèque cantonale et universitaire de Lausanne
BGC	Bulletin des séances du Grand Conseil
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CRCE	Compte-rendu du Conseil d'Etat
CSER	Club d'efficienne de la Suisse romande
CSH	Commission/Conseil de Santé et des Hospices
DAT	Dispensaire antituberculeux
DHBS	Dictionnaire historique et biographique de la Suisse
DHS	Dictionnaire historique de la Suisse
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois
FOSC	Feuille officielle suisse du commerce
FVSSM	Fédération vaudoise des Sociétés de secours mutuels
GHRV	Groupement des hôpitaux régionaux vaudois
IURHMS	Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé
JSVUP	Journal de la Société vaudoise d'utilité publique
LVT	Ligue vaudoise contre la tuberculose
RMSR	Revue médicale de la Suisse romande
SVM	Société vaudoise de médecine
SVSM	Société vaudoise de secours mutuels

Table des matières

Remerciements

Introduction	1
---------------------------	----------

Chapitre 1

Les chirurgiens vaudois aux 19^e et 20^e siècles.....	19
--	-----------

Introduction	19
---------------------------	-----------

1. Les chirurgiens vaudois dans la première partie du 19^e siècle (1806-1880) : des artisans de la chirurgie	24
---	-----------

La chirurgie dans le cadre de l'Hôpital cantonal jusqu'au milieu des années 1870	25
--	----

Les changements des années 1870 et 1880	31
---	----

2. La révolution industrielle de la chirurgie vaudoise : César Roux et l'école allemande (1880-1930)	35
---	-----------

Theodor Kocher et l'école chirurgicale allemande : un modèle pour le développement de la chirurgie dans le canton de Vaud	36
---	----

<i>Kocher et les chirurgiens romands</i>	<i>37</i>
--	-----------

La production de matériel chirurgical : un fruit de l'école allemande	39
---	----

<i>Un exemple d'entreprise de matériel chirurgical : la maison Schaerer.....</i>	<i>41</i>
--	-----------

Roux à Lausanne : la chirurgie allemande et les réseaux radicaux	46
--	----

<i>De la Place de la Palud à l'Hôpital cantonal (1883-1887)</i>	<i>46</i>
---	-----------

<i>Engagement politique : la force des réseaux radicaux</i>	<i>49</i>
---	-----------

<i>Un certain sens de la famille.....</i>	<i>51</i>
---	-----------

L'enseignement de la chirurgie à la Faculté de médecine : une position dominatrice.....	51
<i>L'enseignement de la gynécologie</i>	53
<i>La polyclinique chirurgicale</i>	56
<i>Le développement de l'orthopédie entre la Faculté de médecine et l'Hospice orthopédique de la Suisse romande</i>	57
<i>L'autonomisation de chaires non cliniques : la médecine opératoire et la médecine des accidents du travail</i>	62
<i>Le laboratoire de radiologie : un lieu d'affrontement entre Roux et Dind (1897-1922)</i>	63
<i>Roux et la lutte contre la tuberculose</i>	65
<i>L'appendicectomie : un enjeu entre cliniques chirurgicale et médicale</i>	66
<i>Le Service de chirurgie au départ de Roux</i>	68
Les élèves de Roux ou la vénération du « cher maître ».....	69
<i>Les chefs de cliniques</i>	70
<i>Les internes</i>	72
<i>Les doctorants</i>	74
<i>Un esprit de corps</i>	74
La formation professionnelle à l'école Roux : prédominance de la pratique et organisation rationnelle du travail.....	76
<i>L'importance de la chirurgie de guerre dans la formation des chirurgiens</i>	82
La formation du personnel soignant.....	87
<i>Les diaconesses de St-Loup : des contremaîtres obéissantes</i>	88
<i>Les chirurgiens vaudois et La Source</i>	90
3. L'éclatement de la chirurgie et l'affirmation du modèle américain : Decker et Saegesser (1930-1960)	94
La pléthore médicale et la naissance des titres FMH	96
Les débuts de l'aide à la recherche.....	99
Le Service de chirurgie sous la direction de Decker : vers le travail d'équipe et les spécialités chirurgicales (1936-1957)	101
<i>La neurochirurgie</i>	106
<i>Les débuts de la chirurgie cardio-vasculaire</i>	107
<i>L'anesthésiologie</i>	109
<i>La chirurgie de la main</i>	111
La nouvelle Clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal : « La science au service de l'humanité » (1949)	111
Après Decker, la consécration d'une chirurgie d'équipe (1957)	116

Conclusion.....	119
 Chapitre 2	
L'Hôpital cantonal de Lausanne : aspects gestionnaires et organisationnels	121
Introduction	121
1. L'Hôpital cantonal avant les nouveaux bâtiments de 1883	123
Un hôpital qui se focalise sur les malades (1806-1870).....	123
L'Hôpital, un service de l'administration cantonale	125
La crise des années 1870 et le nouvel hôpital de 1883	128
<i>L'Hôpital de la Mercerie est surchargé.....</i>	<i>129</i>
<i>L'Hôpital du Calvaire (1883) : l'importation du modèle allemand</i>	<i>130</i>
<i>Le financement de l'Hôpital cantonal (1850-1883).....</i>	<i>132</i>
<i>Renforcement du pouvoir administratif : un directeur radical proche de Ruchonnet.....</i>	<i>135</i>
Conclusion.....	136
2. L'Hôpital cantonal de 1883 et son intégration à la Faculté de médecine : trente ans de forte croissance (1883-1914)	137
Les autorités hospitalières s'affirment et s'autonomisent	138
<i>A la tête de l'Hôpital : des directeurs radicaux issus de l'administration publique.....</i>	<i>138</i>
<i>Les archives médicales, des biens patrimoniaux devenus propriété publique.....</i>	<i>140</i>
<i>Un nouveau système financier : l'Hôpital crée ses propres ressources</i>	<i>142</i>
Organisation des divers services hospitaliers.....	145
<i>L'impact de la Faculté de médecine</i>	<i>145</i>
<i>Sous-traitance de certaines cliniques à des établissements philanthropiques privés.....</i>	<i>151</i>
<i>Tentative de centralisation (1910-1920).....</i>	<i>155</i>
3. Privatisations et rationalisations (1920-1950).....	157
Le renforcement de la direction administrative.....	157
La concurrence nouvelle des cliniques privées	160
<i>Réorganisation de La Source</i>	<i>161</i>
<i>Ouverture de la Clinique Cecil</i>	<i>162</i>
Le financement de l'Hôpital : l'affirmation d'un nouveau système gestionnaire.....	165

<i>Les pensionnaires en chambre commune remplacent la clientèle aisée.....</i>	<i>166</i>
<i>La radiologie : une innovation rentable</i>	<i>170</i>
L'intervention du secteur privé dans le développement de l'infrastructure hospitalière	173
<i>Fondation de nouveaux services hospitaliers et de nouvelles cliniques universitaires.....</i>	<i>174</i>
<i>Renforcement des liens avec les hôpitaux spécialisés privés.....</i>	<i>176</i>
<i>Les fonds spéciaux des cliniques : un pas vers la privatisation des services hospitaliers ?</i>	<i>177</i>
<i>Les débuts de la recherche contre le cancer : une initiative privée.....</i>	<i>179</i>
<i>Conclusion.....</i>	<i>181</i>
Rationalisations	181
<i>La Veska, un acteur essentiel de la rationalisation hospitalière</i>	<i>182</i>
<i>La rationalisation du Service de pharmacie face à l'industrie pharmaceutique.....</i>	<i>185</i>
<i>Lorsque les intérêts de l'Hôpital rejoignent ceux des médecins : fin des consultations ambulatoires gratuites (1944-1945)</i>	<i>189</i>
<i>Réorganisation du service comptable (1938-1941)</i>	<i>191</i>
<i>La réorganisation des cuisines de l'Hôpital (1936-1940)</i>	<i>193</i>
<i>Conclusion.....</i>	<i>196</i>
4. L'Hôpital cantonal dans les années 1950 : le retour de l'Etat	197
Les ressources de l'Hôpital cantonal dans les années 1950	199
Développement de l'équipement hospitalier : fin du partenariat avec le secteur privé.....	201
Conclusion.....	203

Chapitre 3

L'arrivée des chirurgiens-modernisateurs dans les infirmeries locales et leur transformation en entreprises modernes.....	205
Introduction	205
Les infirmeries locales : un fruit du Réveil protestant (1840-1900)	207
<i>Les réseaux philanthropiques de Saint-Loup dans le monde médical, 1842-1881.....</i>	<i>215</i>
Les premières infirmeries : des maisons d'accueil pour indigents malades	217
Un service médical minimal.....	219
Des finances en équilibre instable.....	220

<i>Organisation administrative</i>	221
<i>A l'origine, un financement privé</i>	222
<i>Un équilibre financier instable après la construction de bâtiments neufs</i>	224
<i>Ressources d'exploitation</i>	226
<i>Un exemple : L'Infirmierie de la Broye à Payerne (1867-1920)</i>	229
<i>Elites économiques et gestion hospitalière : le cas de l'Infirmierie de Montreux</i>	233
Entre philanthropie et médecine, les hôpitaux spécialisés lausannois	237
Conclusion.....	240
2. Le développement de la chirurgie hospitalière dans les infirmeries locales : l'œuvre des chirurgiens-modernisateurs (1900-1960)	242
La pratique chirurgicale dans les infirmeries locales avant l'arrivée des chirurgiens-modernisateurs	242
L'arrivée des chirurgiens-modernisateurs formés à l'école allemande.....	245
<i>Un exemple de modernisation : l'Hôpital d'Aigle</i>	250
La réorganisation interne des hôpitaux	252
<i>Autonomisation des services médicaux</i>	253
<i>Aux côtés des médecins, les diaconesses (1880-1930)</i>	255
<i>Nomination de médecins internes et de personnel infirmier laïc (1930-1950)</i>	258
<i>Un exemple : la réorganisation de l'Hôpital de Nyon (1935-1945)</i>	260
L'uniformisation architecturale des hôpitaux régionaux	262
Amélioration de l'infrastructure médico-technique	268
3. La réorganisation administrative et financière (1900-1960)	270
Professionnalisation et laïcisation des directions administratives.....	272
Les limites du système financier philanthropique.....	278
<i>L'incidence financière des nouvelles constructions</i>	279
<i>La crise de la philanthropie</i>	281
<i>Les pensions des malades : Etat, assurances et clientèle privée</i>	284
<i>L'intervention tardive des communes</i>	286
<i>Quelques exemples de gestion hospitalière</i>	287
<i>a) Les difficultés financières des établissements périphériques suite à la modernisation de leur équipement : le cas de l'Hôpital d'Aubonne</i>	288
<i>b) L'industrialisation des hôpitaux de bourgs ruraux : le cas de l'Hôpital de la Broye</i>	290
<i>c) La modernisation d'un hôpital urbain : le cas de l'Hôpital de Montreux</i>	292

Conclusion.....	295
 Chapitre 4	
La construction d'une politique hospitalière.....	297
Introduction	297
1. L'amorce d'une politique hospitalière : la loi sur les infirmeries de 1875 et ses conséquences	298
Le Département de l'Intérieur	299
<i>Organisation du Département de l'Intérieur (1845-1914)</i>	<i>301</i>
<i>Le Conseil de Santé et des Hospices entre 1885 et 1914</i>	<i>304</i>
<i>Le Bureau des Secours publics : aspects financiers</i>	<i>306</i>
L'Hôpital cantonal est trop petit : l'amorce d'une politique hospitalière	307
<i>L'importance financière de l'aide publique pour les infirmeries locales</i>	<i>309</i>
<i>La constitution d'un lobby des infirmeries privées</i>	<i>311</i>
2. Les essais de réorganisation du système hospitalier dans l'entre-deux-guerres	312
Le Département de l'Intérieur : un développement très limité	312
La revendication d'une centralisation des investissements à Lausanne.....	314
<i>Les mises en garde du Dr Gustave Delay relatives à l'hospitalisation des malades chroniques dans les années 1920</i>	<i>314</i>
<i>La remise en question de la politique hospitalière cantonale par le prof. Decker</i>	<i>316</i>
L'opposition des infirmeries à la politique cantonale	319
<i>La structuration d'un lobby : l'Association des infirmeries vaudoises (1930-1947).....</i>	<i>322</i>
La lutte contre la tuberculose, entre interventionnisme public et action privée.....	323
3. Le temps des experts : la mise en place d'un plan hospitalier (1945-1966)	327
L'affirmation de l'Etat dans la santé publique	327
Garantir l'hospitalisation des malades	330
<i>La convention de 1953 pour l'hospitalisation des indigents.....</i>	<i>330</i>
<i>La motion Forel sur les conditions d'hospitalisation (1953).....</i>	<i>331</i>
<i>La commission paritaire de rationalisation de l'hospitalisation (1954-1960).....</i>	<i>333</i>
Le Plan hospitalier de 1966 : une garantie au développement généralisé du système	338
<i>La commission consultative de l'hospitalisation (1959-1961)</i>	<i>338</i>

<i>Le Groupe de travail pour l'établissement du programme des constructions des bâtiments hospitaliers (1959-1966).....</i>	<i>340</i>
<i>Le plan hospitalier de 1966.....</i>	<i>344</i>
<i>L'intégration de la psychiatrie à la planification hospitalière</i>	<i>350</i>
Conclusion.....	352
 Conclusion générale	 353
 Annexes.....	 363
Sources.....	379
Bibliographie.....	391
Liste des tableaux, des graphiques et des figures	403
Liste des abréviations.....	409
Table des matières	411