



Roubaix (Nord), hospice Barbieux. Porche d'entrée.

10	<b>Préfaces</b>	
16	<b>Prologue</b>	
22	<b>DU MOYEN ÂGE À 1830 : LE TEMPS DE L'ASSISTANCE</b>	
24	<i>Introduction. De l'hôtel-Dieu à l'hôpital moderne</i>	
24	<i>Une institution charitable : le modèle médiéval</i>	
25	<i>Une institution contraignante : l'héritage de l'Ancien Régime</i>	
28	<i>Les hôpitaux entre médecine et philanthropie : les Lumières et la Révolution</i>	
32	<b>LES HÔPITAUX DU MOYEN ÂGE AU SIÈCLE DES LUMIÈRES : ENTRE CHARITÉ, EXCLUSION SOCIALE ET POLITIQUE SANITAIRE</b>	
35	<b>Formation du tissu hospitalier à l'époque médiévale et diversification des établissements</b>	
35	L'accueil des malades et des pèlerins : hôpitaux, hospices et hôtels-Dieu	
53	La relégation pour malades contagieux	
53	<i>L'exclusion des lépreux : maladreries ou léproseries</i>	
58	<i>Peste et mise en quarantaine : lazarets ou sanitäts</i>	
61	<b>Les mutations de l'âge classique : hospitalité et enfermement</b>	
61	La prise en charge de l'assistance aux pauvres par les autorités laïques	
61	<i>La lutte contre la mendicité sur fond de crise économique</i>	
66	<i>Le début de la médicalisation des hôpitaux</i>	
68	Les édifices hospitaliers : une architecture monumentale et austère	
87	Le réseau des hôpitaux militaires : vers l'hôpital de l'avenir ?	
94	<i>Carpentras, hôtel-Dieu</i>	
96	<b>LA GENÈSE D'UN HÔPITAL MÉDICAL : PHILANTHROPIE ET RATIONALISATION DE L'ASSISTANCE (1772-1830)</b>	
99	<b>Émergence du programme pavillonnaire après l'incendie de l'hôtel-Dieu de Paris</b>	
100	Les premiers projets de reconstruction de l'Hôtel-Dieu	
108	L'intervention des autorités politiques et scientifiques dans le débat	
111	Tenon : son voyage en Angleterre et son apport dans l'élaboration du système pavillonnaire	
115	<b>Des initiatives prometteuses dans un contexte d'immobilisme général</b>	
115	Les innovations dans les hôpitaux militaires	
119	La persistance des schémas traditionnels dans les hôpitaux civils	
125	<b>La Révolution et l'assistance : tentation de réforme et retour au <i>statu quo</i></b>	
125	Crise financière et remise en cause des hôpitaux	
127	Retour à une tutelle municipale et instauration d'un contrôle architectural centralisé	
130	<b>La Restauration : projets avortés et réalisations selon de nouveaux programmes</b>	
130	La deuxième tentative de reconstruction de l'hôtel-Dieu de Paris	
134	Bordeaux et Orléans : échecs de projets d'hôpitaux pavillonnaires	
136	La reconversion des anciens édifices monastiques	
138	De nouveaux établissements sanitaires dans les ports de guerre	
140	La fièvre jaune, entre peste et choléra : naissance d'une nouvelle génération de lazarets	
145	<b>La fondation des premiers hôpitaux spécialisés</b>	
145	Vers une architecture asilaire	
149	Les établissements pour femmes en couches	
150	Les hôpitaux pour enfants malades	
150	Les institutions pour vieillards	
154	<i>Le Mans, asile d'aliénés</i>	
156	<i>Lyon, hôpital de l'Antiquaille</i>	
158	<i>Marseille, lazaret</i>	
160	<i>Nantes, hôpital Saint-Jacques de Pirmil</i>	

## 162 DE 1830 À 1930 : LE TEMPS DE L'HYGIÉNISME

- 164 *Introduction. Le règne des hygiénistes :  
entre utopie architecturale et exigences scientifiques*  
164 *Jusqu'en 1880, l'hôpital dans l'expectative ?*  
168 *Révolution pastorienne et révolution républicaine*

## 172 LE XIX<sup>e</sup> SIÈCLE ARCHITECTURAL À L'ÉPREUVE DU PROGRAMME HOSPITALIER (1830-1880)

### 175 1830-1860 : à la recherche de l'hôpital modèle

- 175 Le règne de l'empirisme  
176 Le programme hospitalier  
177 Débats et consensus  
178 La norme architecturale  
180 Permanence du plan en double peigne  
183 Les édifices, les projets

### 198 1860-1872 : l'émergence de l'hygiène hospitalière

- 199 Évolution et permanences  
202 Une politique de modèles ?  
202 Lariboisière, le temps du bilan  
204 La bataille de l'Hôtel-Dieu, suite et quasi-fin  
209 L'hôpital Tenon : un « contre Hôtel-Dieu » ?  
210 Un exemple de dépassement des contraintes :  
la Charité de Lille  
215 Quelques exemples  
215 Exploration de solutions alternatives  
217 Le temps des paradoxes

### 218 1872-1880 : l'avènement de Tolle

- 219 Le système Tolle : théorie et mise en œuvre  
223 Tolle, un personnage, une stratégie  
224 1880 : le miasme est mort, vive le germe

### 225 L'architecture asilaire : essor ou immobilisme ?

- 235 L'ambitieux programme du préfet Haussmann  
241 Les innovations en province

### 243 Les enjeux de l'architecture hospitalière

- 243 L'hôpital dans la ville  
246 L'architecte, médecin malgré lui ?  
249 Type hospitalier et composition  
253 La manière nationale  
255 L'expression architecturale de l'hôpital :  
un « ordre hospitalier » ?

### 263 L'imaginaire d'une époque

- 266 *Bordeaux, hôpital Saint-André*  
268 *Garches, hospice de la Reconnaissance*  
270 *Saint-Maurice, asile d'aliénés de Charenton*

- 272 *Ivry-sur-Seine, hospice des incurables*  
274 *Stéphane Tarnier et les services d'accouchement*

## 278 LE PRIMAT DE L'ISOLEMENT ET SES TRADUCTIONS ARCHITECTURALES (1880-1930)

### 283 La fin des années 1870 : le pastorisme à l'aune de l'aérisme

- 283 La résistance des tenants de la doctrine aériste  
283 La déferlante de l'hygiénisme  
285 Les réformes financières : un préalable à la reprise  
des constructions

### 289 L'exacerbation du système pavillonnaire

- 289 Les déclinaisons tardives du système Tolle  
295 Les innovations architecturales allemandes  
297 L'hôpital Boucicaut à Paris : une tentative de synthèse  
à l'apogée du dogme aériste  
299 La déclinaison du système à toutes les échelles

### 303 Vers l'élaboration d'un nouveau modèle sous la houlette des pastoriens

- 303 Antisepsie et organisation hospitalière : l'isolement  
du malade  
307 Synthèse du système pavillonnaire et de l'isolement :  
la Nouvelle Pitié à Paris et Grange-Blanche à Lyon

### 314 Les hôpitaux spécialisés

- 314 Hôpitaux pour enfants et hôpitaux d'isolement  
322 Les asiles d'aliénés  
322 *L'essoufflement du programme de construction  
du Second Empire*  
327 *Le rejet de l'enfermement et le modèle allemand  
des asiles-villages*  
328 *Les colonies familiales, succursales des asiles*  
330 *Timidité des réalisations françaises ou rejet inavoué  
du modèle allemand ?*

### 333 L'invention du sanatorium

- 334 Des sanatoriums maritimes : les hôpitaux marins  
343 Les équipements français jusqu'en 1914 :  
entre modèle pavillonnaire  
anglo-saxon et modèle collectif germanique  
352 1918-1930 : naissance d'un programme national

### 358 *Neuilly-sur-Marne, asile d'aliénés de Ville-Évrard et hôpital psychiatrique de Maison-Blanche*

- 362 *Strasbourg, hôpital civil*  
366 *Hauteville-Lompnès, station sanatoriale*  
370 *Berck, station sanitaire maritime*

## 374 DE 1930 À NOS JOURS : LE TEMPS DE LA MODERNITÉ

- 376 *Introduction. Une architecture « rationnelle »  
pour un hôpital nouveau*  
376 *Années 1930-années 1950 : l'hôpital immobile ?*  
378 *Les « quinze glorieuses » de l'hôpital public (1960-1975)*  
380 *L'hôpital entre rationnement et rationalité (1975-1996)*

## 384 L'AVÈNEMENT DE L'HÔPITAL-BLOC (1930-1958)

### 386 L'abandon du système pavillonnaire

- 386 Les traductions programmatiques de l'évolution  
de la pensée hygiéniste  
391 L'influence du modèle américain  
394 L'évolution des techniques de construction  
et les nouvelles théories de l'architecture  
396 Des édifices de transition

### 404 L'importance des sanatoriums

- 406 Diversité des modèles architecturaux  
412 L'influence du modèle sanatorial dans les évolutions  
sociétales

### 413 Des édifices jalons

- 414 L'hôpital Pasteur de Colmar  
416 L'hôpital Beaujon de Clichy  
421 Le projet de Paul Nelson pour la cité hospitalière  
de Lille  
423 La cité hospitalière de Lille  
426 L'hôpital Mémorial France États-Unis de Saint-Lô

### 429 Le fonctionnalisme de l'hôpital-bloc

- 429 Complexification des programmes  
432 Confort et design  
437 Rationalité, efficacité et modernité  
440 Architectes spécialisés et ingénieurs

### 443 Conjugaison et déclinaison des grands modèles

### 459 Les asiles d'aliénés

- 459 La pénurie d'établissements  
465 La contestation du système asilaire au lendemain  
de la Seconde Guerre mondiale

### 472 *Salagnac, cité de Clairvivre*

- 476 *Clermont-Ferrand, hôpital-sanatorium Sabourin*  
478 *Passy (plateau d'Assy), station sanatoriale et climatique*  
482 *Saint-Hilaire-du-Touvet, station sanatoriale*  
484 *Rouffach, asile d'aliénés*

## 486 PANORAMA DE LA CONCEPTION HOSPITALIÈRE DEPUIS 1958

### 488 La réforme Debré (1958-1970) et la modernisation du parc hospitalier

- 488 État des lieux critique  
490 Le cadre de la réforme  
490 *La mise en place du réseau des centres hospitaliers  
universitaires (CHU)*  
494 *La centralisation de la maîtrise d'ouvrage : création  
du centre technique de l'équipement sanitaire et social*  
495 La voie de l'industrialisation : les premières expériences  
d'hôpitaux types  
495 *L'hôpital type « Beaune »*  
498 *Les unités de soins normalisées (USN)*  
500 L'Assistance publique et la rénovation du parc  
hospitalier parisien  
504 La spécificité des hôpitaux psychiatriques

### 508 La réforme de 1970 et la poursuite des programmes de construction

- 508 Le cadre de la réforme  
508 *La création du « service public hospitalier »*  
509 *L'aménagement sanitaire du territoire : la carte sanitaire*  
510 La poursuite de la politique des procédures industrialisées  
510 *L'hôpital type « Fontenoy » et ses variantes*  
512 *Les composants hospitaliers types (CHT)*  
514 *L'hôpital type « Duquesne »*  
516 Les autres réalisations  
522 Vers un souffle nouveau

### 524 La construction hospitalière au tournant des années 1980

- 524 Les évolutions législatives en matière architecturale  
525 La création de la Mission interministérielle pour  
la qualité des constructions publiques  
526 Les politiques d'équipements hospitaliers placées  
sous le mode du concours  
528 Priorité donnée à l'humanisation

### 534 Rationalisation de l'offre de soins et commande hospitalière depuis les années 1990

- 534 Les réformes de la décennie  
535 Les conséquences sur le parc hospitalier : fusions,  
regroupements, délocalisations...  
539 Vers la création de l'hôpital dit polaire

### 543 Dernières tendances de l'architecture hospitalière

- 543 Abandon de l'hôpital socle-tour pour de nouvelles  
déclinaisons de l'hôpital-bloc  
547 L'hôpital horizontal  
549 L'hôpital et la ville : rue hospitalière et insertion urbaine

### 556 Épilogue

### 568 Glossaire

### 570 Bibliographie

### 580 Index



Hautefort (Dordogne). À gauche l'hôpital, à droite le château.

La connaissance partagée, gage de qualité des actions conduites en faveur du patrimoine, est désormais au cœur des politiques culturelles régionales. Depuis le dernier acte de décentralisation, encadré par la loi de 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, la manière dont les Régions se sont emparées de la compétence de l'Inventaire général du patrimoine culturel est à l'origine d'une démarche ambitieuse qui a su tirer parti de notre expérience et de notre savoir-faire en matière d'animation et de construction du territoire. Cette nouvelle orientation, satisfaisante à bien des égards, nous autorise aujourd'hui à espérer le meilleur : l'enrichissement du savoir destiné autant à préserver notre patrimoine et à le rendre attractif qu'à le faire comprendre et à le valoriser auprès du plus grand nombre. Si l'innovation numérique est devenue depuis 2004 un enjeu prioritaire, – nous en voulons pour preuve le nombre de sites web et de visites virtuelles mis en ligne – il était également essentiel de poursuivre la dynamique éditoriale de l'Inventaire. C'est l'objet même de cet ouvrage qui constitue déjà une synthèse de référence sur un thème important en prenant en compte, pour la première fois, l'ensemble du territoire national.

L'autre enseignement d'un tel projet réside dans l'importance du dialogue constant entre disciplines – histoire, histoire de l'art, sociologie, épistémologie – et le recours à la coopération inter-régionale pour appréhender un objet architectural d'une aussi grande force. Seul le choix d'une publication à caractère national offrait ainsi les conditions d'un travail scientifique exhaustif, garantissant sa qualité. L'histoire de l'architecture hospitalière en France, dont l'étude avait été confiée en 2002, par le ministère de la Culture, à un chercheur du service de l'Inventaire en Nord-Pas de Calais, lequel n'hésita pas à faire appel à de larges concours extérieurs, en est l'illustration. Du Moyen Âge à nos jours, la construction des établissements hospitaliers témoigne de l'évolution des conceptions de la santé dans nos sociétés et de la médecine. La richesse architecturale du patrimoine hospitalier illustre ainsi les vocations, d'asile et de lieu de soins, d'enseignement clinique et de recherche que nous reconnaissons dans la diversité et l'histoire souvent méconnue de nos hôpitaux.

La forte implication de la Région Nord-Pas de Calais dans ce projet et sa volonté de le mener à son terme après la décentralisation de l'Inventaire général expliquent la réussite d'une opération qui aura renouvelé incontestablement les connaissances sur la naissance et le développement des conceptions sanitaires conditionnant la genèse de l'hôpital moderne. Une telle entreprise n'aurait bien sûr pas pu aboutir sans des études pionnières, à l'image de celle menée par la Bourgogne, sans l'existence bien réelle d'un réseau national de chercheurs et sans la participation d'autres Régions, au premier rang desquelles l'Aquitaine tient une place de choix dans la co-direction éditoriale et scientifique de cet ouvrage et dans l'écriture des textes. L'implication du ministère de la Culture, aussi bien sur le plan financier que scientifique, et le soutien de la Fédération Hospitalière de France auront aussi largement contribué à ce succès. Enfin, la conduite générale du projet, portée par l'Association des Régions de France, et la solidité du réseau unissant nos institutions constituent un encouragement à la poursuite d'opérations inter-régionales et nationales dans un souci de partage et de transmission des connaissances et des savoir-faire.

Parce que « nous écartons, nous-aussi, les œuvres que nous ne voyons pas », pour reprendre les mots d'André Malraux lors du discours d'installation de la Commission nationale de l'Inventaire en 1964, il était donc important que ce livre puisse voir le jour.

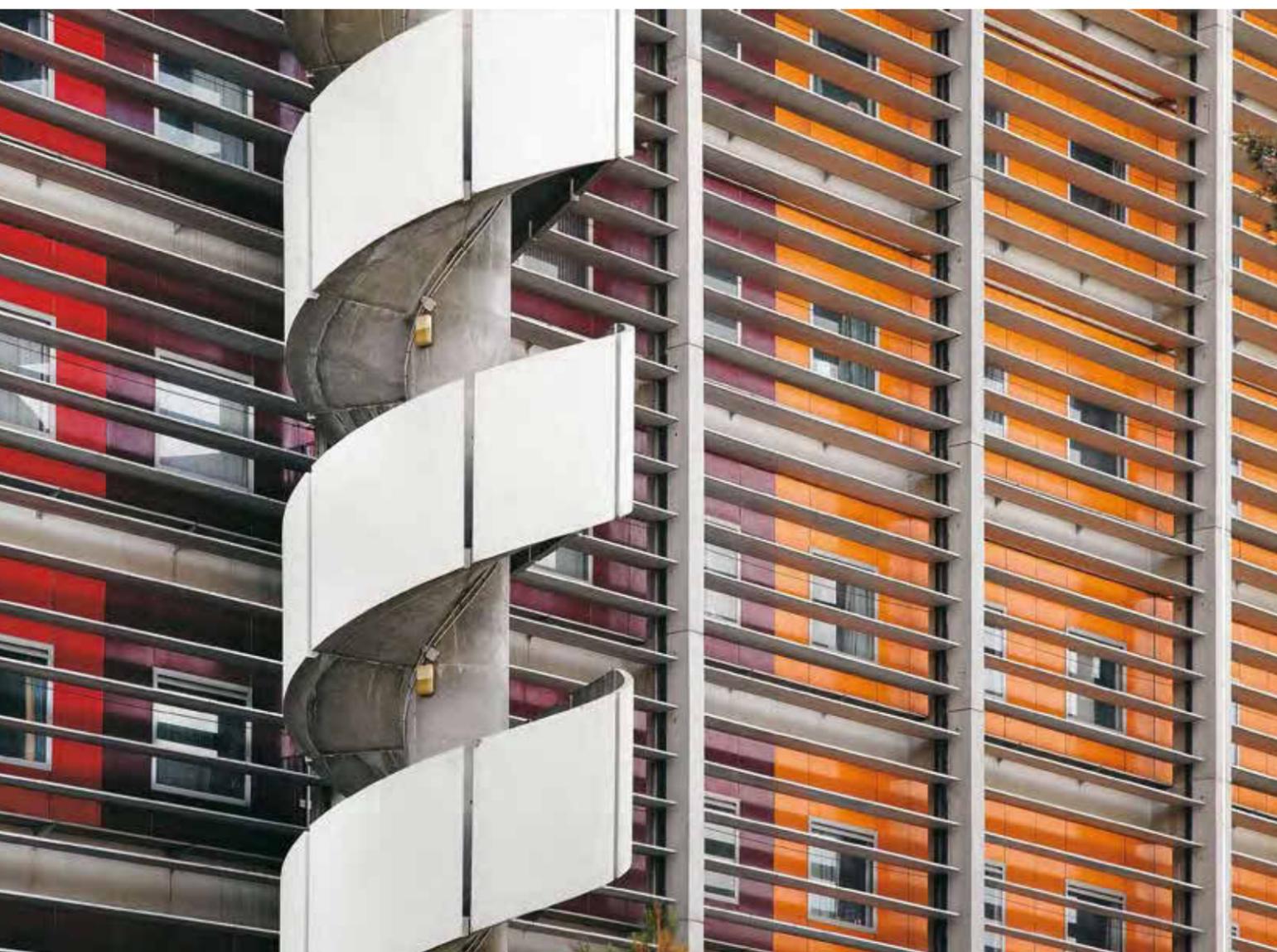
Nous vous souhaitons à toutes et à tous une lecture des plus agréables et instructives.

**Alain Rousset**

Président de la Région Aquitaine  
Président de l'Association  
des Régions de France

**Daniel Percheron**

Président de la Région  
Nord-Pas de Calais



Arles (Bouches-du-Rhône), centre hospitalier Joseph-Imbert. Détail de la façade est.

Retracer l'histoire architecturale de l'hôpital français du Moyen Âge à nos jours, pour la France entière, voilà qui n'était pas chose aisée. C'est pourtant le défi qu'avait relevé l'Inventaire général des monuments et des richesses artistiques de la France en confiant à l'un de ses chercheurs la direction scientifique de cet ambitieux projet. Pierre-Louis Laget, docteur en médecine devenu conservateur du patrimoine en Nord-Pas-de-Calais, déjà chargé d'un inventaire des hôpitaux dans cette région, s'attela à la tâche. Il fédéra autour de lui chercheurs d'horizons divers ainsi que services régionaux d'Inventaire et fut bientôt secondé par Claude Laroche, en poste en Aquitaine.

Aujourd'hui, le résultat est là : ils ont magistralement réussi à conjuguer l'histoire de l'institution avec celle d'un type architectural pour le bonheur de tous ceux, acteurs de la santé publique comme amateurs d'art, qui s'intéressent au patrimoine. Les Régions ne s'y sont pas trompées qui, après la décentralisation de l'Inventaire, devenu Inventaire général du patrimoine culturel, ont soutenu le projet. Ce volume est le premier du genre. Les Régions, grâce au soutien de l'Association des Régions de France et du ministère de la Culture et de la Communication, ont su s'associer pour achever cette étude d'envergure nationale et la publier. Gageons que cette expérience servira d'exemple et que d'autres collaborations fructueuses verront le jour dans les prochaines années qui enrichiront la connaissance de notre territoire.

Cet ouvrage doit énormément aux photographes qui l'ont illustré ainsi qu'à tous les personnels hospitaliers, en activité ou retraités, qui souvent sous l'impulsion de la Fédération Hospitalière de France (FHF) ont accueilli les équipes d'inventaire, leur présentant les établissements, leur histoire, transmettant leurs recherches historiques personnelles et faisant partager leur passion pour l'institution hospitalière. Qu'ils en soient ici remerciés. Sans eux, ce volume n'aurait pas la même saveur.

En retraçant l'histoire du patrimoine hospitalier, les auteurs ont ainsi permis de souligner les liens réciproques qui unissent les choix architecturaux et l'évolution des pratiques médicales, des avancées techniques et scientifiques et des représentations et attentes sociales. Ils révèlent en outre la formidable capacité d'adaptation et de modernisation des hôpitaux publics qui ont su au fil des siècles évoluer et se transformer afin d'être toujours en prise avec les progrès médicaux et techniques et de répondre aux besoins des patients.

Au fil des pages le lecteur découvrira que l'institution hospitalière a produit des chefs-d'œuvre aujourd'hui reconnus, quelques autres qui sont encore à révéler ; elle demeure un lieu de créations et d'innovations architecturales qui enrichissent chaque jour le patrimoine de demain.

**Philippe Belaval**

Directeur général des patrimoines  
Ministère de la Culture et de la Communication

**Frédéric Valletoux**

Maire de Fontainebleau  
Président de la Fédération Hospitalière de France  
Membre du conseil national de  
l'Inventaire général du patrimoine culturel

## PRÉFACE

En 1886, le célèbre architecte américain Henry van Brunt dressait une liste de tous les édifices que, pour répondre à des besoins qui n'étaient jamais apparus auparavant dans l'histoire, l'architecte était appelé à bâtir au cours de sa carrière. Il énumérait les constructions ferroviaires de toutes sortes, les hôtels bâtis sur une échelle dont on n'avait jamais rêvé auparavant, les bibliothèques publiques dont le fonctionnement était fondamentalement différent de tous leurs prédécesseurs, les immeubles de bureaux et de commerce, les patinoires, les bâtiments d'exposition, les casinos, les immeubles de rapport, etc. Mais, alors qu'il mentionnait encore les collèges, les théâtres, les prisons, il ne citait pas les hôpitaux, sans doute parce qu'il n'y voyait pas un programme nouveau.

L'ouvrage qui suit montre qu'il s'agit d'une erreur de perspective : il y a plus de différences entre les « machines à guérir », de plus en plus perfectionnées, des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles et l'hôpital médiéval, qu'entre les belles bibliothèques publiques du XIX<sup>e</sup> siècle et les bibliothèques semi-publiques des cardinaux de Richelieu et de Mazarin, ou entre les lycées de la III<sup>e</sup> République et les collèges jésuites de la Contre-Réforme. Mais l'architecture a une capacité d'adaptation remarquable, ce qu'on oublie parce qu'on ne considère souvent que les édifices bâtis *a novo*. Les métamorphoses des bâtiments anciens et les évolutions internes de leurs équipements comme de leurs usages constituent tout un chapitre, moins spectaculaire, mais tout aussi essentiel : de même que beaucoup de collèges jésuites sont devenus des lycées (lycée Louis-le-Grand à Paris, lycée Corneille à Rouen, etc.), des hôpitaux très anciens, comme leur nom l'indique (hôpital Saint-Louis, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, etc.), sont devenus eux aussi des machines à guérir.

Dans la préface de son livre majeur, *A history of building types* (ouvrage issu des conférences données en 1970 à la *National gallery of art* à Washington dans le cadre des prestigieuses « A.W. Mellon lectures in the Fine arts »), Nikolaus Pevsner, le grand historien d'art britannique (en fait allemand chassé par les nazis de l'université en 1933 comme juif), écrivait : « L'histoire des types de bâtiments m'a fasciné depuis de nombreuses années, parce que cette approche des bâtiments permet une démonstration du développement à la fois par le style et la fonction, le style étant une matière de l'histoire architecturale, et la fonction de l'histoire sociale. » Il y passait en revue dix-sept groupes de programmes architecturaux, dont les hôpitaux, placés entre les bibliothèques et les musées d'un côté, les prisons et les hôtels de l'autre.

La lecture de cet ouvrage m'avait alors révélé un caractère essentiel, encore mal perçu de l'architecture du XIX<sup>e</sup> siècle : celle-ci n'est pas seulement l'expression d'un « Moyen Âge rêvé » ou du « siècle de l'industrie » avec ses nouveaux matériaux (fonte, fer, verre, briques industrielles aux larges gammes chromatiques), elle est également le moment où se cristallisent de nouveaux types d'édifices, nés pour répondre à des besoins totalement inédits, mais aussi, et à part presque égale, issus de formes mal différenciées. L'histoire de l'hôpital est à cet égard tout à fait exemplaire de ces glissements progressifs, presque insensibles quand on travaille sur une période courte, mais spectaculaires quand on prend le sujet dans toute son ampleur : de la salle médiévale, qui n'offre qu'un abri, et un abri dangereux, aux machines à guérir ultra-spécialisées d'aujourd'hui, dont les programmes fournis par les maîtres d'ouvrage aux architectes comptent plusieurs centaines, voire plusieurs milliers de pages.

On pourra donc faire une double lecture de ce livre : on y trouvera une histoire complète et détaillée sur la longue durée et jusqu'au temps présent de l'hôpital en France, mais aussi une très belle illustration de méthode. La clé de l'architecture est sans doute du côté de la construction et sa poésie du côté des ornements, mais les causes profondes de son évolution se trouvent d'abord du côté des programmes et de ce qui les conditionne (mœurs, usages, mentalités, société, etc.). L'architecte J.-N.-L. Durand, l'avait bien vu dans son *Précis des leçons d'architecture...* (Paris, 1809) : « Si l'on dispose un édifice d'une manière convenable à l'usage auquel on le destine [...] ne différera-t-il pas sensiblement d'un autre édifice destiné à un autre usage ? N'aura-t-il pas naturellement un caractère, et qui plus est son caractère propre ? »

Les auteurs de ce très bel ouvrage de synthèse sur les hôpitaux français n'ont pas organisé leur matière en fonction de l'histoire des styles, comme Pevsner le fit encore trop souvent pour les autres programmes dans son ouvrage pionnier, ni même au premier chef en fonction des partis de plans, mais bien en fonction des causes profondes de l'évolution des hôpitaux, c'est-à-dire en fonction d'une conception très large de la médecine, incluant les connaissances vraies ou fausses sur la transmission des maladies, mais aussi en fonction de la législation sur la santé publique. Ils rendent donc lumineux ce lent processus, avec ses moments de basculements et de brusques accélérations, qui remodèle leur objet. Ils n'en négligent pas pour autant les autres facettes, des structures constructives aux styles et aux ornements. L'illustration, toujours judicieuse, offre à cet égard un tableau historique fascinant qui permet soit de descendre dans le fil du temps, soit d'y remonter, soit encore de faire de magnifiques arrêts sur image. Ces bâtiments en effet portent en eux des leçons d'architecture : ils montrent que celle-ci, lorsqu'elle est belle, a pu et peut encore apporter aux cœurs des hommes une joie ou une sérénité, lesquelles peuvent aussi contribuer à la guérison.

Au moment où le patrimoine hospitalier français connaît un bouleversement profond, à la fois par l'émergence de toute une génération de nouveaux hôpitaux (où l'excellence médicale n'est pas toujours au rendez-vous, tant les problèmes sont devenus complexes), et par la désaffectation de nombreux hôpitaux anciens, qui paraissent obsolètes, ce qui conduit parfois à leur disparition et trop rarement à leur réhabilitation, il paraît bien utile de revenir sur cette histoire. Or les auteurs de ce livre nous offrent une lecture profondément renouvelée par un recours systématique aux archives, manuscrites ou imprimées, et clairement structurée par cette attention aux causes profondes de ces mutations, dont la dernière se produit sous nos yeux.

Au lecteur maintenant d'entrer dans ce territoire défriché, balisé, éclairé, sous la conduite des meilleurs guides.

**Claude Mignot**

Centre André Chastel, université de Paris-Sorbonne

## PROLOGUE

La couverture topographique systématique du territoire a été le fondement de l'action de ce qui s'appelle aujourd'hui l'Inventaire général du patrimoine culturel. C'est à partir de cette approche territoriale – à la fois ambitieuse par son ampleur et modeste du fait de l'état d'esprit du chercheur, concentré sur un terrain abordé sans *a priori* – qu'ont émergé et émergent toujours, peu à peu, les résultats les plus importants d'une entreprise qui aura renouvelé de façon décisive le corpus des connaissances. Toutefois, en complément de cette approche monographique, centrée sur un territoire circonscrit et traitant de toutes sortes d'édifices et d'objets, est apparue très vite la nécessité de synthèses sur des thèmes envisagés à l'échelle plus grande du territoire régional voire national. Les études thématiques de l'Inventaire sont alors venues compléter utilement les inventaires topographiques pour parfaire le portrait patrimonial du pays et aborder les vastes sujets que sont, entre autres exemples, le patrimoine industriel, celui de la villégiature ou, donc, celui de l'architecture des hôpitaux. Car, en ce dernier domaine peut-être plus qu'en d'autres, les édifices ou projets que les opérations d'inventaire mettaient en lumière semblaient appeler autre chose que la monographie documentée qui résultait de l'étude topographique. Nombreux (car il n'est pas une ville ou même une bourgade d'importance qui n'ait, à un titre ou un autre, une histoire hospitalière), ces objets architecturaux d'une grande force, aux dispositions parfois étranges, paraissaient en même temps s'inscrire dans des familles très caractérisées et se conformer à des types historiquement bien définis. De fortes singularités, mais en même temps des attributs communs reconnaissables : l'explication de cette double caractéristique était à l'évidence à chercher hors du contexte local, dans des considérations historiques dont le niveau de pertinence serait au moins national.

En fait, c'est à l'échelon européen que la prise de conscience a commencé de se concrétiser, avec notamment l'entreprise intitulée *Présent et avenir du patrimoine hospitalier européen* (Paphe). Réalisé avec le soutien de la Commission européenne, dans le cadre du programme Culture 2000, le projet était coordonné par l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris avec le soutien de la sous-direction des Études, de la Documentation et de l'Inventaire du ministère de la Culture et de la Communication. L'opération était menée en partenariat



Bruges (Belgique), hôpital Saint-Jean. *La salle des malades*, peinture par Jan Beerblock, 1778, Bruges, musée de l'hôpital Saint-Jean.

avec la Belgique (ville de Bruxelles), l'Espagne (*generalitat de Catalunya*), l'Italie (*regione Emilia-Romagna*), les Pays-Bas (*Government buildings agency*) et le Royaume-Uni (*South Bank University London & Cambridge Collocation*), en association avec la Finlande (*National Board of Antiquities & Helsinki City Museum*) et avec l'aide du Conseil de l'Europe. Le projet aboutit à un colloque, en 2001, à la mise au point d'un site<sup>1</sup> et à l'édition d'un ouvrage présentant 45 édifices ou ensembles formant un parcours chronologique à travers l'Europe du XIII<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle<sup>2</sup>.

Plusieurs services régionaux d'inventaire conduisirent alors d'importantes enquêtes thématiques sur le sujet, soit à l'échelle d'une ville, comme Montpellier<sup>3</sup>, soit d'une région entière comme en Bourgogne, région pionnière qui avait organisé dès 1980 une exposition sur son patrimoine hospitalier et où une vaste étude a conduit à une publication récente et remarquable<sup>4</sup>. C'est en quelque sorte tout un réseau de chercheurs de référence en matière hospitalière qui s'est ainsi formé et c'est bien à partir de la constitution informelle de ce réseau qu'a pu commencer à germer l'idée du présent ouvrage. L'initiative en revint à Michel Melot, alors sous-directeur des Études, de la Documentation et de l'Inventaire, et elle fut affermie par la perspective d'un travail universitaire en cours<sup>5</sup>. La loi de 2004 décentralisant les services régionaux d'inventaire aura renforcé le projet, l'un des derniers à être entrepris par l'ancienne sous-direction de l'Inventaire et l'un des premiers à fédérer les services régionaux dans leur nouvelle configuration. Toutefois, d'un point de vue scientifique, les difficultés de l'entreprise ne tardèrent pas à apparaître. Si le cadre géographique ne posait pas de problème particulier (on a choisi le territoire national actuel, en incluant notamment des exemples alsaciens ou mosellans de la période allemande), l'une de ces difficultés tenait au corpus disponible. Même si la masse d'édifices hospitaliers étudiés par l'Inventaire est considérable (à ce jour, 1 105 dossiers figurent dans la base Mérimée, base d'architecture du ministère de la Culture et de la Communication), le temps n'est toujours pas venu d'un inventaire exhaustif des hôpitaux en France, tâche redoutable dont l'intérêt est évident mais qui paraît encore prématurée. Là est l'une des limites de ce travail, probablement pénalisé par l'oubli de quelques édifices importants, un travail qu'il faut accepter de voir amendé, voire contredit par l'émergence de futures monographies. Tout en étant loin de l'exhaustivité, il fallait de plus, dans le format réduit d'une publication en un volume visant à la synthèse, opérer un choix et ne présenter que les exemples illustrant au mieux le propos. Ainsi, c'est volontairement que nombre d'édifices, pourtant remarquables et étudiés dans le cadre d'opérations d'inventaire, n'ont pu trouver leur place ici.

Centrée sur la mise en évidence des types – et principalement des types en plan, qui est le thème qui s'impose quand on aborde ce corpus – l'étude n'aura pu englober un certain nombre d'aspects. Ainsi n'ont pu être traitées toutes les questions liées au mobilier hospitalier – même si le lit à travers les époques est un sujet riche de sens! – celles liées à certaines annexes, comme les pharmacies des édifices anciens ou celles liées à l'équipement technique des établissements récents. Le champ du décor des édifices est là aussi laissé à de futures études : notamment le décor des chapelles, lesquelles, éléments primordiaux de bien des programmes hospitaliers, n'ont été, là encore, abordées que succinctement.

<sup>1</sup> <http://europaphe.aphp.org>

<sup>2</sup> *Patrimoine hospitalier ; un parcours à travers l'Europe*. Paris, Monum Éditions du Patrimoine, 2001, *Thématiques*. L'ouvrage a été édité en plusieurs langues.

<sup>3</sup> Voir les principaux résultats dans DUMAS, Robert, GRANDJOUAN, Marie-Sylvie, et alii. *Histoire des hôpitaux Saint-Éloi et Gui de Chauliac à Montpellier*. Montpellier, Sauramps médical, 2005.

<sup>4</sup> HUGONNET-BERGER, Claudine, RÉVEILLON, Élisabeth, FROMAGET, Brigitte, et alii. *Patrimoine hospitalier en Bourgogne*. Paris, Somogy éditions d'art, 2011.

<sup>5</sup> LAGET, Pierre-Louis. *Naissance, développement et abandon du système pavillonnaire dans l'architecture des établissements hospitaliers (1772-1932)*. Thèse d'histoire de l'art en cours sous la direction de Jean-Michel Leniaud. Paris, université de Paris 4.



Carpentras, hôtel-Dieu. Apothicairerie.

La question la plus délicate était toutefois celle du périmètre typologique et programmatique de l'étude, même centrée sur la seule architecture. Dans la mesure où il était impossible de traiter de tous les édifices se rapportant peu ou prou à l'assistance et à l'hospitalité, un choix a dû s'opérer qui a nécessairement entraîné son lot d'arbitraire et qui s'est fatalement heurté à des limites incertaines. Celles-ci étaient d'autant plus difficiles à tracer que l'on se situait sous l'Ancien Régime, quand les rares édits ou ordonnances traitant du sujet s'accommodaient de la polyvalence certaine d'établissements encore fort peu médicalisés. Mais même après la Révolution, les incertitudes terminologiques rendaient quelque peu hasardeuses de nettes délimitations du corpus. Ainsi, à côté de l'hôpital *stricto sensu*, cœur du sujet, l'hospice ne pouvait être écarté, d'autant que les deux termes, d'étymologie comparable, ont mis longtemps à se distinguer et à rejoindre les acceptions modernes. Nous n'avons toutefois retenu les hospices que lorsqu'ils se rapprochaient du programme et du type hospitaliers, excluant par exemple les maisons de retraite – celles d'aujourd'hui comme celles de naguère – ou les orphelinats. Centrée sur l'hôpital de type généraliste et construit pour une telle fonction, l'étude a mis de côté les cliniques, au sens contemporain du terme, les établissements relevant du domaine médico-social – prise en charges des aveugles, sourds et muets, par exemple –, tous les programmes médicaux dépourvus de fonction d'hébergement, comme les dispensaires, ainsi que les édifices conçus à l'origine pour un autre usage (certains insignes, tel le couvent du Val-de-Grâce). Nous avons aussi écarté les établissements s'éloignant par trop d'une vocation universelle. Ainsi, parmi les hôpitaux spécialisés, nous n'avons envisagé que ceux pour lesquels la question architecturale était première : asiles d'aliénés ou sanatoriums, sans exclure totalement ceux qui ont marqué, à un moment ou à un autre, l'histoire médicale, étapes dans le long chemin menant vers l'hospitalisation moderne comme, par exemple, les maternités. Malgré leurs nombreux caractères communs avec d'autres édifices d'hospitalisation, il n'a pas pu être question non plus des préventoriums, aériums ou colonies de vacances. On l'a dit, les frontières furent souvent difficiles à tracer : attentifs à ne pas digresser sur des programmes connexes, nous n'évoquons pratiquement pas les dépôts de mendicité recréés sous Napoléon I<sup>er</sup>, bien qu'ils dérivent étroitement des « hôpitaux généraux » de l'Ancien Régime que nous ne pouvions quant à eux écarter.



Paris, hôpital Tenon. Vue d'ensemble du site prise depuis le dernier bâtiment construit : le BUCA (bâtiment des urgences, de la chirurgie et de l'anesthésie), livré en 2012.

La question du périmètre de l'étude se doublait d'une difficulté d'ordre terminologique : suivant les lieux ou les époques – voire dans un même lieu et à une même époque – le terme d'hôpital désignait des établissements de nature très différente. Et un même type d'établissement hospitalier a pu être appelé de diverses manières. On n'a pas prétendu résoudre définitivement ces difficultés lexicales, mais simplement contribuer à éclaircir la question – notamment par la mise à disposition d'un glossaire en fin de volume.

Une fois les limites tracées et les termes précisés, se posait la question de l'état des sites hospitaliers traités. Très souvent, ils auront accueilli une histoire pluri-centenaire, grosse de transformations et de destructions. Une histoire difficile à démêler et dont nous avons autant que possible privilégié le moment qui nous paraissait le plus significatif afin de mettre en évidence l'état le plus cohérent. Une histoire qui s'est bien souvent accélérée dans les

cinquante ou cent dernières années : ici peut-être plus qu'ailleurs la question patrimoniale se pose avec acuité – même si l'on compte actuellement 409 édifices hospitaliers protégés au titre des monuments historiques.

Le projet initial prenait comme point de départ 1772, date de l'incendie de l'hôtel-Dieu de Paris, et comme terminus un Entre-deux-guerres qui voit l'abandon définitif du modèle pavillonnaire. Il est toutefois apparu très vite qu'on ne pouvait, d'une part, faire l'économie d'un panorama, aussi rapide fût-il, de ce qui s'était passé auparavant dans le domaine des établissements d'hospitalité et qu'il était, d'autre part, tentant d'envisager ce qu'a pu être l'hôpital des Trente Glorieuses et même de prolonger cette histoire architecturale hospitalière jusqu'à nos jours, de prendre les risques inhérents à une histoire en train de se faire. Voici la raison d'être des premier et dernier chapitres, plus cursifs que les autres – dans la mesure où, sous un même format, ils traitent plusieurs siècles d'histoire pour le premier et un corpus considérable d'établissements pour le dernier – mais qui sont apparus indispensables pour comprendre le phénomène sur la longue durée. C'est donc en six chapitres, regroupés deux à deux en trois grandes parties, chacune précédée d'une introduction, que s'organise l'ouvrage. Si chaque chapitre est tout naturellement nourri de la présentation de nombreux exemples d'édifices, son propos, à vocation généraliste, se voit complété par l'exposé de quelques notices venant l'illustrer par leur valeur d'exemple.

L'étude d'un type d'édifice à travers les époques implique tout autant un travail d'histoire que d'analyse architecturale. Nous avons recherché l'équilibre entre ces deux aspects, en étant toutefois conscient que la spécificité de ce programme architectural d'exception rendait nécessaire, plus qu'ailleurs, un large exposé du contexte tant politique, religieux, social, réglementaire que scientifique, technique et médical. Toutefois, les préoccupations des périodes traversées variant au fil du temps, l'accent a dû être mis, selon les chapitres, sur tel ou tel aspect de la question. Ainsi, le bouillonnement de la pensée architecturale et la vigueur des débats en la matière au cours du XIX<sup>e</sup> siècle commandaient d'insister sur ces questions au moment d'examiner cette période. De même, l'importance des discussions sur la transmission des maladies infectieuses à la charnière des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles et leurs influences sur l'économie générale des établissements obligeaient à un important développement d'ordre médical. Ce sont donc les regards conjugués de l'historien – celui des formes, celui des sciences –, de l'architectonographe ou de

l'architecte qu'il a paru nécessaire de convoquer, regards qu'il convenait parfois d'aller chercher en dehors des services d'Inventaire, notamment par une fructueuse collaboration avec l'Université.

Diversité des approches, diversité des sources : le présent ouvrage aura tenté de mettre à profit un large éventail de ressources documentaires en dépouillant autant que possible, outre les fonds d'archives dédiés, les recueils et revues d'architecture ainsi que certains périodiques médicaux ou divers recueils législatifs. Nous avons eu surtout recours aux remarquables outils constitués par les différents services régionaux d'inventaire : les bases de données locales et essentiellement les dossiers, lesquels sont désormais très souvent accessibles en ligne, que ce soit sur les sites des conseils régionaux ou sur celui du ministère de la Culture et de la Communication. Le format du présent ouvrage, on l'a dit, fut une limite : il n'a pas permis la publication intégrale de certains des outils qui en ont formé le socle documentaire. Ainsi, la bibliographie placée en fin de volume se limitera aux seuls ouvrages généraux, excluant les nombreux articles et monographies que nous avons répertoriés. Nous nous proposons d'en donner toute la matière dans une autre publication, à caractère essentiellement documentaire et méthodologique, qui pourra également intégrer un autre outil précieux, mis au point pour aider à la présente étude : la liste des différents textes législatifs et réglementaires qui ont accompagné tout au long de son histoire le champ hospitalier.

Recenser, étudier et faire connaître : tel est le programme simple et ambitieux de l'Inventaire général du patrimoine culturel. Concourir à ce programme, telle est aussi l'intention du présent ouvrage, dont on espère que les lacunes et les limites n'auront d'autres conséquences que de susciter de futures recherches. Surtout, on se plaît à espérer qu'il contribuera à révéler, pour le personnel hospitalier comme pour l'utilisateur, pour l'amateur d'architecture comme pour un public plus large, le sens de formes architecturales de prime abord obscures.

Lyon, hôpital de Grange-Blanche.





DU MOYEN ÂGE À 1830 :  
LE TEMPS DE L'ASSISTANCE

## De l'hôtel-Dieu à l'hôpital moderne

Même si le Moyen Âge ne nous a légué qu'un nombre réduit d'établissements hospitaliers hormis les prestigieux hôpitaux d'Angers, de Beaune et de Tonnerre, c'est à cette époque que furent définies, et pour longtemps, les missions et les règles de fonctionnement de l'institution hospitalière. Destinés à accueillir uniquement les pauvres, les hôpitaux dépendaient essentiellement de la charité chrétienne. La naissance des hôpitaux était aussi la réponse qu'une société, acquise au christianisme, apportait à une situation de crise sociale profonde.

### Une institution charitable : le modèle médiéval<sup>6</sup>

Placée au cœur de la vie chrétienne en particulier par saint Paul, la charité était une vertu, un devoir moral du croyant qui devait s'y adonner volontairement, mais à qui l'on ne saurait l'imposer. L'acte charitable mettait face à face le donateur et le Créateur, oubliant presque le destinataire. En pratiquant la charité, il s'agissait de faire œuvre pie et non de satisfaire un quelconque objectif social ni même de porter assistance à un individu, réduit à sa fonction de représentant de Jésus-Christ. En termes plus prosaïques, il s'agissait d'œuvrer au salut de son âme et non d'améliorer la société. Aussi, la charité pure, pour reprendre les termes de saint Paul, ne regardait pas, ne comptait pas. L'essentiel résidait dans le geste de donner. Le modèle idéal de la charité était donc l'aumône faite spontanément au mendiant anonyme qui tendait la main, à qui l'on donnait ce que l'on avait sans poser de question sur son identité, ni sur l'usage qu'il ferait du don. Si cette pratique se perpétua, elle fut presque d'emblée concurrencée par des formes plus organisées sans que fût pour autant remis en cause le principe du don gratuit et personnel.

La crise politique, sociale et économique qui frappa l'Occident à partir de la fin du III<sup>e</sup> siècle, peu de temps avant que le christianisme ne fût promu au rang de religion

officielle de l'empire romain, accrut considérablement la misère et les besoins de secours. Dans le sillage des disettes survinrent des épidémies de peste qui désorganisèrent un peu plus la société. Aux siècles suivants, les grandes invasions, même si elles furent moins massives qu'on ne l'a longtemps affirmé, accélèrent les déplacements de population. Elles portèrent aussi le coup de grâce à l'Empire, anéantissant les structures administratives qui régissaient la société. Seule l'Église survécut à la désagrégation générale et, dans des villes en pleine décadence, les évêques apparurent comme la seule autorité constituée. Devenus chefs politiques, ils furent contraints d'assurer la protection de populations de plus en plus nombreuses à leur demander secours. Face à ces pauvres hères déracinés qui avaient d'abord besoin d'un gîte, l'organisation de structures d'accueil s'imposait. Sous des formes et des noms divers qui seront étudiés plus loin, l'hôpital naquit du développement de cette situation. D'abord urbaine, l'hospitalité gagna les campagnes au fur et à mesure que s'accroissait le mouvement de ruralisation entamé à la fin de l'empire romain. Ici ce ne furent pas les évêques, mais les monastères qui détenaient seuls les moyens d'accorder protection, hébergement et nourriture aux pauvres touchés en quasi-permanence par la conjonction des trois fléaux qu'étaient la famine, la guerre et la « peste », ce mot désignant toute maladie épidémique. Jusqu'à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle au moins, un implacable cercle vicieux pesait sur les populations. Tout entière consacrée aux céréales, l'agriculture, peu productive et largement ponctionnée par les prélèvements seigneuriaux et ecclésiastiques, assurait tout juste la subsistance des populations en temps normal. Que survînt le moindre aléa climatique, la mauvaise récolte entraînait disette et famine. Sur des organismes affaiblis, les ravages de la maladie étaient considérables et la mortalité augmentait en flèche avec l'amenuisement des rations alimentaires. Qu'elle opposât entre eux des seigneurs locaux ou, à partir de la guerre de Cent Ans, des princes souverains, la situation de belligérance était quasi endémique. Qu'elles soient le fait d'invasions lointaines (Huns, Sarrasins, puis Normands) ou plus souvent de châtelains et de leur soldatesque, les dévastations des gens de guerre étaient multifformes. Plus que les massacres épisodiques, c'étaient les destructions et pillages de récoltes qui avaient les effets les plus meurtriers. Qu'il s'agisse de guerre ou de maladies, réputées à juste titre contagieuses, la fuite restait la seule échappatoire.

Elle menait souvent vers l'hôpital le plus proche dont la vocation à prodiguer aussi des soins à des malades s'affirma à partir de là.

Les crises n'étaient ni les seules pourvoyeuses de l'hôpital ni les seules causes de sa pérennité et de son développement. Malgré un état quasi permanent de misère, l'Occident connut en effet des périodes d'essor économique et démographique qui s'avèrent favorables à la multiplication des hôpitaux. Au cours des XII<sup>e</sup> et XIII<sup>e</sup> siècles, la conjonction de ces deux facteurs induisit une première expansion urbaine. Fiers de leur richesse toute neuve, bourgeois et artisans aisés se plurent à imiter les représentants de l'autorité ecclésiastique en fondant des hôpitaux qui témoignaient de leur piété généreuse tout en leur conférant un surcroît de notoriété. Ce fut à ce moment-là que léguer rentes et maisons pour construire ou entretenir un hôpital devint un usage ancré dans les mœurs. Si cette pratique affermissait l'autonomie des hôpitaux, elle contribuait à la diversification de leurs fonctions en raison des conditions limitatives d'admission dictées souvent par les légataires. Elle fut responsable aussi d'une certaine rigidité dans la constitution du réseau hospitalier. Enrichis, chanoines et ordres religieux créèrent à leur tour de nombreux hôpitaux. Si beaucoup étaient situés dans les cités et les bourgs, d'autres jalonnèrent les chemins empruntés par les pèlerins afin de leur offrir gîte et couvert. Certes, les pèlerinages étaient antérieurs au XII<sup>e</sup> siècle, tel celui de Saint-Jacques de Compostelle qui jetait régulièrement sur les routes des foules se contentant jusque-là d'un hébergement de fortune. Le développement des pèlerinages lors de « l'été » du Moyen Âge participa ainsi du premier essor de la chrétienté occidentale. À partir du XII<sup>e</sup> siècle, la timide expansion démographique, le souci de gloire chez les puissants, le besoin d'espoir chez les faibles, la vigueur de la foi chez tous déclenchèrent à la fois les Croisades et de nouvelles conquêtes, soit à l'extérieur soit à l'intérieur (les défrichements) du monde chrétien. Sans que l'on puisse établir une relation certaine de cause à effet, ces mouvements de population coïncidèrent avec une extension sans précédent de la lèpre suscitant l'apparition d'un réseau particulier de nouveaux établissements où l'hébergement se doublait de relégation : les maladreries<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> TOUATI, François-Olivier. *Maladie et société au Moyen Âge : la lèpre, les lépreux et les léproseries dans la province de Sens*. Bruxelles, De Boeck, 1998.

Il n'empêche qu'au-delà de toutes les vicissitudes, l'institution hospitalière, née dans une conjoncture particulière, était vite devenue un élément omniprésent et un rouage essentiel de l'organisation sociale. Elle répondait à la fois aux besoins principaux et permanents des pauvres et aux aspirations pieuses des plus aisés, mais sut aussi s'adapter aux conditions d'existence résultant des fléaux qui s'abattaient successivement sur les populations. Elle remplissait tout à la fois des fonctions sociales et médicales.

### Une institution contraignante : l'héritage de l'Ancien Régime

Entre la fin du Moyen Âge et la Révolution, la société française reste une société chrétienne dans laquelle la charité demeure une vertu sociale fondamentale. Aussi les hôpitaux continuèrent-ils à être alimentés par les dons volontaires. Pourtant, si ce fonctionnement ne fut pas fondamentalement altéré, la période modifia radicalement et pour longtemps le réseau hospitalier français. La géographie et la structure hospitalières actuelles dépendent encore largement des choix opérés sous la monarchie absolue qui, dans maintes villes, nous a légué conjointement deux types d'hôpitaux : l'hôtel-Dieu et la Charité encore appelé hôpital général. D'ailleurs, une partie non négligeable de nos établissements est toujours installée dans ces édifices construits ou reconstruits aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, et il y a vingt ans, leur nombre était encore plus grand. Pareille mutation était liée à l'entrée en force sur la scène hospitalière de deux nouveaux acteurs, les municipalités et l'administration royale. Cette double intervention résultait d'abord des changements sociaux et des nouvelles façons de se les représenter.

La conjonction de la peste et de la guerre aux XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècles n'avait pas eu seulement pour effet de ruiner ou de mettre en situation de détresse nombre d'hôpitaux, elle avait entraîné une crise sociale profonde obligeant un nombre croissant d'individus à quitter leur terre pour aller chercher ailleurs des moyens de survivre. Beaucoup s'étaient dirigés vers les villes où se trouvaient concentrées les œuvres d'assistance dont ils espéraient obtenir quelque subsistance. La déception fut souvent au bout du chemin. Appauvris eux aussi, les hôpitaux rechignaient souvent à secourir ces « forains »

<sup>6</sup> Pour le Moyen Âge, voir les travaux de MOLLAT, Michel. *Études sur l'histoire de la pauvreté*. Paris, Publications de la Sorbonne, 1974 et sa contribution dans IMBERT, Jean (dir.). *Histoire des hôpitaux en France*. Paris, 1983. Voir aussi GONTHIER, Nicole. *Lyon et ses pauvres au Moyen Âge*. Lyon, L'Hermès, 1978 et SAINT-DENIS, Alain. *L'Hôtel-Dieu de Laon (1150-1350)*. Nancy, Presses universitaires de Nancy, 1983.

et continuaient à donner la priorité aux pauvres locaux, connus et respectables. Les nouveaux venus furent donc fréquemment contraints à la mendicité. Devenue la pratique massive d'une population déracinée, celle-ci perdit la dignité de son statut. Autant le mendiant connu et isolé inspirait la pitié, autant les vagabonds anonymes et groupés en bandes suscitaient méfiance et peur. Au XVI<sup>e</sup> siècle, époque au cours de laquelle les crises économiques urbaines vinrent s'ajouter à une situation des populations rurales de plus en plus précarisées sous l'effet conjugué des guerres de Religion, de la pression démographique et de la tendance à la concentration des terres. La nouvelle image dévalorisée de la pauvreté résultait d'abord de la coexistence, au sein des villes, d'une population aisée, de plus en plus attachée aux biens matériels, et de hordes de mendiants. La peur du miséreux vint aussi de ce que la richesse des nantis devint de plus en plus souvent mobilière et donc plus facile à dérober.

La méfiance envers les pauvres ne découlait pas seulement de circonstances concrètes. Au moment où croissaient pauvreté et mendicité, le travail se trouvait nimbé de valeurs morales et religieuses. Le phénomène ne se bornait pas aux cercles protestants ; les catholiques firent aussi du travail, non seulement un moyen privilégié de combattre le vice, mais aussi une forme de prière et d'ascèse. Dans ce cadre mental, le pauvre réduit à la mendicité ne tarderait pas à être tenu pour un paresseux et un impie. Peur sociale et idéal moral se conjuguèrent au point que le pauvre, ancienne « représentation » allégorique de Jésus-Christ, put être aussi perçu comme un ennemi de la société.

À la fois facteurs potentiel de troubles et êtres improductifs, les pauvres mendiants constituèrent la première cible de la politique du souverain en terme d'accroissement des richesses du royaume. Parvenues par le truchement des institutions municipales à s'imposer, au plan local, au détriment du clergé, les élites urbaines marchandes poursuivirent le même objectif, à savoir maintenir l'ordre et favoriser le développement économique.

Les nombreux cas de gestion défectueuse fournirent aux nouvelles autorités l'occasion d'intervenir dans les hôpitaux. Aussi, à partir de l'extrême fin du

XV<sup>e</sup> siècle et avec l'accord et le soutien du pouvoir royal, de plus en plus d'hôpitaux furent arrachés des mains de l'autorité ecclésiastique pour être placés sous la tutelle des échevins ou consuls qui y délèguèrent des représentants. Pour des raisons à la fois économiques, politiques et religieuses, ce groupe fut le premier à mettre sur pied une nouvelle structure d'assistance, le bureau des pauvres ou aumône générale, dont le but était de combattre la mendicité et de mettre mendiants et vagabonds au travail<sup>8</sup>. D'abord fondée sur la distribution centralisée de secours externes, la lutte contre la mendicité déboucha sur les premières expériences d'enfermement des pauvres dans les principales villes du royaume : Paris, Rouen, Lyon. Dans cette dernière ville, on ne se contenta pas de s'approprier des locaux existants, mais l'on construisit à partir de 1614 un nouvel édifice de type hospitalier, la Charité, qui fut bientôt pris pour modèle. Un demi-siècle plus tard, en 1662, un édit royal prôna la généralisation de l'institution de l'hôpital général dans les villes et gros bourgs qui en seraient dépourvus. Sous des noms divers, ces hôpitaux généraux furent conçus pour être tout à la fois des prisons, des couvents et des manufactures. Il s'agissait en effet de faire disparaître la mendicité en enfermant les vagabonds dans ces asiles où ils seraient à la fois mis au travail et soumis à un encadrement moral et religieux strict. Au-delà des choix particuliers, ces établissements traduisaient le projet dans la pierre. Largement inspirés du modèle hospitalier conventuel, les hôpitaux généraux n'étaient pas dépourvus d'un caractère monumental propre à témoigner de la munificence des élites municipales qui les avaient fondés et de la puissance du souverain qui les avait souhaités. En même temps, leur austérité manifestait aussi ouvertement le souci d'ordre dont ils étaient porteurs.

Les mêmes choix, opérés par les mêmes acteurs, se retrouvèrent dans les autres hôpitaux. S'il restait beaucoup d'héritages du Moyen Âge, la carte des implantations hospitalières se simplifia. Nombre de léproseries et maladreries plus ou moins abandonnées furent supprimées lors d'opérations de réformation inspirées

<sup>8</sup> Sur la question du grand renfermement et de ses limites, outre le brillant ouvrage de FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie* (1961), Plon, voir ceux de GUTTON, Jean-Pierre. *La Société et les pauvres aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles : l'exemple de la généralité de Lyon*. Paris, Société d'édition « Les Belles Lettres » 1971 et *La Société et les pauvres en Europe*, Paris, 1974.



Lyon, hôtel-Dieu. Bâtiments de plan en croix du XVII<sup>e</sup> siècle.