

# Introduction

---

*Pierre-Henri Bréchat, Jacques Lebas*

La crise économique et financière pose la question d'une nouvelle mobilisation, comme celle de 1994, pour remporter le « défi de la précarité » (Logeart, 1994). La précarité représente un ensemble de situations dont les limites restent le plus souvent difficiles à appréhender. La définition usuellement retenue et acceptée reste celle proposée par Wresinski dans son rapport au Conseil économique et social de 1987 : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux » (Wresinski, 1987).

Si dans les dernières décennies, la France s'est dotée d'un système de santé performant ainsi que d'un système d'assurance maladie permettant l'accès universel aux soins, et si ces derniers ont pu favoriser l'amélioration de l'espérance de vie, ils n'ont en revanche pas permis que les progrès réalisés profitent de la même manière à tous. Les inégalités sociales de santé ont eu tendance à se creuser (HCSP, 2009). Comme le Haut Conseil de la santé publique, nous pensons qu'il est essentiel de s'interroger sur cet échec partiel des politiques de santé et de proposer des pistes d'amélioration visant à atteindre ce deuxième objectif (HCSP, 2009). La réduction des inégalités et disparités de santé est une priorité de santé publique (Bréchat, 2010; Chauvin *et al.*, 2007; HCSP, 2009; Lebas *et al.*, 2007).

Prendre en charge tous les usagers dans le système de santé est une priorité tant de santé publique qu'économique : il faut le faire pour ne pas prendre le risque d'amoindrir l'amélioration de l'espérance de vie (Stuckler *et al.*, 2010) et d'augmenter les inégalités de santé ; mais aussi pour éviter « l'effet boomerang » de l'augmentation des hospitalisations et des dépenses d'assurance maladie dans l'avenir (Mackenbach *et al.*, 2007). Si l'on veut améliorer la santé en France, après les spectaculaires progrès accomplis, il importe de faire porter les efforts sur les populations précaires, les personnes atteintes de maladies chroniques et de handicaps physiques et mentaux, soit les patients « complexes » (Vinquant *et al.*, 2010) ; et de prendre en compte l'environnement au travail et dans la vie quotidienne : alimentation, activités physiques et sportives, habitat, culture, éducation, etc. Il nous faut renforcer une politique de santé publique en faveur de « l'égalité des chances » visant à améliorer la santé de la population (HCSP, 1993; Bréchat, 2010).

La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) adoptée en 1946 précise que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Le préambule de la Constitution française de 1946 réaffirme solennellement les droits et libertés de l'homme et du citoyen consacrés par la Déclaration des droits de 1789 et les principes fondamentaux reconnus par les lois de la République française. Depuis octobre 1961, la charte sociale européenne ajoute aux droits civils et politiques une protection des droits sociaux et économiques pour tous : droit à la protection sociale, à la Sécurité sociale, à l'assistance sociale et médicale ou protection particulière des enfants et adolescents.

En France, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé peut être regardée comme la consécration de l'approfondissement du principe de solidarité et d'une conception humaniste des droits des malades (Tabuteau *et al.*, 2007). Trois articles de la partie « Droits de la personne » de cette loi peuvent plus particulièrement concerner nos travaux :

1. Le droit à la protection de la santé<sup>1</sup> est un droit fondamental. Ce droit recouvre deux notions : le droit à la prévention et le droit aux soins. Ce droit est opposable aux professionnels de santé, aux établissements publics et privés de santé, aux réseaux de soins, à l'Assurance maladie et à tout organisme intervenant en matière de santé.
2. Le droit à l'égalité d'accès aux soins en fonction de la santé<sup>2</sup> stipule que l'accès aux soins doit se faire de manière égalitaire en fonction de l'état de santé de l'utilisateur.
3. Le droit à la non-discrimination<sup>3</sup> stipule qu'aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins.

La mise en œuvre des réformes du système de santé et des hôpitaux nous pousse à nous interroger sur ces éléments et sur nos grands principes républicains, notamment l'égalité ainsi que la solidarité et la fraternité, puisque ces réformes peuvent les remettre en cause (Castiel *et al.*, 2009, 2010 ; Tabuteau, 2010).

Le système de santé doit aussi demeurer un lieu d'accueil dans une société où perdure l'insécurité sociale, d'autant plus qu'il existe des dispositifs innovants servant d'interface entre la prévention et les secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social et social. Parmi ces dispositifs, la policlinique Baudelaire-PASS<sup>4</sup> de l'hôpital Saint-Antoine (Assistance publique-Hôpitaux de Paris, AP-HP) propose depuis dix-huit ans des actions de santé aux patients « complexes », tout en prenant en compte leur environnement (Lebas, 2010).

---

1. Article L.1110-1 du code de la santé publique.

2. Article L.1110-5 du code de la santé publique.

3. Article L.1110-3 du code de la santé publique.

4. PASS : permanence d'accès aux soins de santé.

L'ouvrage collectif que nous présentons réunit les nombreux professionnels et acteurs de la prise en charge des patients précaires, initiative originale pour une amélioration de leur prise en charge, tant en médecine ambulatoire qu'à l'hôpital. Cette prise en charge spécialisée rejoint celle des patients dits « complexes », comme par exemple les personnes âgées ou les patients porteurs de pathologies complexes. Cet ouvrage se veut scientifique et pédagogique. Il vise à encourager ceux qui voudraient améliorer la prise en charge de ces patients tant par des actions de soin, de prévention que de planification, et en développant des prises en charge interdisciplinaires de qualité, mais aussi ceux qui voudraient mettre en place une structure spécialisée innovante en faveur de ces populations.

Cet ouvrage porte des innovations complémentaires et opérationnelles :

- le concept de *patients complexes* qui peuvent être par exemple les patients précaires, les migrants et sans papiers, les personnes âgées, les patients atteints de pathologies chroniques (chapitre de Bréchat *et al.* ; Viquant *et al.*, 2010<sup>5</sup>) qui nécessitent, pour une prise en charge de qualité, une approche pluridisciplinaire (chapitre de Platon *et al.*);

- le concept de *centre de santé primaire polyvalent (CSPP)* qui s'inspire de la policlinique Baudelaire-PASS de l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP) et du centre de santé d'attention primaire (CAP) de Catalogne (Salines *et al.*, 2001). Il est notamment porteur des savoir-faire et des expériences par discipline et en interdisciplinaire, acquis pendant les dix-huit années d'exercice de la policlinique Baudelaire. Il répond à l'évolution de nouveaux besoins de santé du territoire de santé : ceux des patients complexes qui ne sont pas pris en charge par le secteur ambulatoire et qui ne relèvent pas des urgences (Clavreul, 2010). Ce concept peut s'inscrire dans le modèle de la « maison de santé - pôle de santé » de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Couty *et al.*, 2009 ; Loi, 2009). C'est un « modèle » avec « référentiel » et éléments médico-économiques susceptible d'être expérimenté à partir de points d'accroche comme les PASS (chapitres de Bréchat *et al.* et de Banas *et al.*);

- *les coopérations entre professionnels de santé* : infirmière-médecin ; psychologue-psychiatre ; médecin-assistante sociale (chapitre de Hayem Lardemer *et al.* ; chapitre de Pommier et encadré de Kirmiz ; chapitre de Platon *et al.*);

- *un modèle d'allocation de ressources*, tant local, régional que national, pour une politique de santé publique par l'approche « handicap social » (chapitre de Castiel *et al.*).

Ce sont là autant d'innovations à fort potentiel qui peuvent nous aider à relever les défis liés à la précarité, aux soins et à la santé.

La prise en charge des patients précaires s'est imposée car elle répond aux attentes des populations et des promoteurs de la santé publique, tant au niveau

---

5. Cet article présente les principales conclusions de l'avis et de la note du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 22 avril 2010, intitulé *Vieillesse, longévité et assurance maladie*.

de l'État que de l'Assurance maladie : améliorer l'état de santé de la population et garantir l'accès à la santé et aux soins pour tous. Cet ouvrage propose des éléments concrets pour renforcer le développement d'une offre de santé et de soins spécialisée et adaptée aux populations « complexes ».

Nous tenons à remercier :

- Monsieur Christian Nicolas, directeur du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal (AP-HP), qui a favorisé la collaboration de Pierre-Henri Bréchat avec la policlinique Baudelaire-PASS, du pôle Urgences et médecine d'aval généraliste (UMAG) de l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP) ;

- Messieurs les professeurs Bertrand Guidet et Jean-Claude Petit, avec Jacques Lebas, qui ont accueilli Pierre-Henri Bréchat ;

- Mesdames Maryvonne Ducrot, Hélène Piquet et Évelyne Banas pour leur aide logistique ;

- Monsieur le professeur Didier Tabuteau et Madame le professeur Anne Laude, du Centre d'analyse des politiques publiques de santé (CAPPS) de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), de la chaire Santé de Sciences Po et de l'Institut Droit et santé de l'université Paris-5, pour les partenariats en enseignements de l'Executive Master Gestion et politiques de santé de Sciences Po, ainsi que pour les travaux de recherche en planification sanitaire et sociale, droit de la santé, démocratie sanitaire et politiques de santé ;

- Messieurs les professeurs Antoine Flahault et Alain Jourdain, de l'EHESP, pour les partenariats en enseignement aux séminaires du lundi de l'EHESP et en master II professionnel, ainsi que pour les travaux de recherche en prévention et planification sanitaire et sociale ;

- Mesdames Hélène de Champs Léger, Jeannette Gros et Lucie Mathieu-Zahzam ainsi que Messieurs Christian de Gennes, Bernard Elghozi, Christian Magnin-Feysot, Denis Mechali et Henri Woismant qui ont participé à ces travaux.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bréchat P.-H., « Pour la construction d'une politique de santé publique en faveur de l'égalité des chances », in Castiel D., Bréchat P.-H. (dir.), *Solidarités, précarité et handicap social*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, p. 119-147.

Castiel D., Bréchat P.-H. (dir.), *Solidarités, précarité et handicap social*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.

Castiel D., Bréchat P.-H., « Réformes hospitalières, tarification à l'activité et handicap social : vers une mise en cause de la mission sociale des établissements de santé et du principe de solidarité ? », *Médecine & Droit*, 2009 ; 95 : 52-57.

Chauvin P., Lebas J., « Inégalités et disparités sociales de santé en France », in Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D., *Traité de santé publique*, Paris, Flammarion, « Médecine-Sciences », 2007, p. 331-341.

Clavreul L., « À Paris, les médecins sont surtout des spécialistes. L'accès aux soins dans le nord-est de la capitale pourrait devenir problématique dans les cinq ans à venir », *Le Monde*, 19 octobre 2010.

Couty E., Kouchner C., Laude A., Tabuteau D. (dir.), *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.

- Haut Conseil de la santé publique, *Les inégalités sociales de la santé: sortir de la fatalité*, Paris, Haut Conseil de la santé publique, décembre 2009.
- Lebas J., «La policlinique Baudelaire 15 ans après», in Castiel D., Bréchat P.-H. (dir.), *Solidarités, précarité et handicap social*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, p. 209-211.
- Lebas J., Chauvin P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1997.
- Logeart A., «Les malades de la misère», *Le Monde*, 27 décembre 1994.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *JORF*, n° 0167 du 22 juillet 2009.
- Mackenbach J.P., Meerding W.J., Kunst A.E., «Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union», European Commission, 2007.
- Salines E., Bréchat P.-H., Schaetzel F., Danzon A., «Régionalisation: l'expérience de la Catalogne», *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 2001, 37: 61-7.
- Stuckler D., Basu S., McKee M., «Budget crises, health, and social welfare programmes», *BMJ*, 2010; 340.
- Tabuteau D., Martin M., «Les droits des personnes malades», in Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (dir.), *Traité de santé publique*, Paris, Flammarion, 2007, p. 13-23.
- Tabuteau D., «La métamorphose silencieuse des assurances maladies», *Droit social*, 2010, n° 1, p. 85-92.
- Vinquant J.-P., Mayo-Simbsler S., «Vieillesse et prise en charge des maladies chroniques», *Actualité et dossier en santé publique*, 2010, n° 72, p. 33-35.
- Wresinski J., «Grande pauvreté et précarité économique et sociale», rapport présenté au nom du Conseil économique et social, *JORF*, 28 février, 1987.

# **Première partie**

---

## **Précarité et accès aux soins en France**

# 1. L'accueil des pauvres à l'hôpital, entre fierté et malédiction

*Anne Nardin*

«Jadis on entrainait à l'hôpital dans des lits qui, sous le nom de charniers, recevaient les déshérités pour y mourir; aujourd'hui ce sont des maisons de santé où, dans le confort, les malades viennent chercher la guérison<sup>1</sup>.» La déclaration sonne comme une victoire, avec toute la force de l'évidence. Rédigée en 1930, elle n'a pourtant d'autre vertu que prédictive : les premières lois d'assurances sociales viennent d'être votées (le 5 avril 1928 puis le 30 avril 1930), qui annoncent l'ouverture de l'hôpital aux classes moyennes puis – et comme irrésistiblement – sa conversion en service public (loi du 21 décembre 1941, confirmée par le décret du 17 avril 1945). Mais il y a loin de l'intention à la réalité<sup>2</sup> et la phrase du Dr Georges Petit pourrait bien avoir la valeur d'un énoncé performatif, comme l'indice d'une aspiration, aussi profonde que sa réalisation semble lointaine.

Faire retour sur l'histoire de l'hôpital permet de prendre la pleine mesure du poids qui pèse toujours sur l'institution compte tenu de sa destination exclusivement sociale pendant plus d'un millénaire, porteuse d'une étrange relation de l'institution à son « objet » – les pauvres –, faite autant de commisération et de générosité que de sévérité voire de mépris. Dans cette histoire, le sublime le dispute au déshonneur : l'asile – refuge inviolable – a pu se métamorphoser en ghetto. L'hôpital est bien une terre des extrêmes pour les pauvres qu'il recueille.

---

1. Dr Georges Petit, «L'Administration hospitalière. Histoire de ses abus», *Revue hospitalière de France*, 1930, p. 61-64.

2. C'est le programme «d'humanisation de l'hôpital» qui sera chargé de convertir les anciens hôpitaux-hospices aux besoins et attentes des nouvelles populations accueillies. Conçu à partir des années 1930, il est formalisé dans des textes réglementaires en 1958 puis en 1971. Mais en dehors de quelques réalisations éparées, la mutation à opérer ne prend pas la dimension d'un chantier d'envergure nationale avant les années 1970, pour s'achever approximativement vers la fin des années 1990.



Le bref rappel des principales données historiques de cette question vise à en repérer l'ambivalence profonde dans la trajectoire de l'hôpital, d'hier à aujourd'hui, comme le miroir grossissant de celle qui régit les rapports ordinaires de la société à la pauvreté. Un parti pris orientera la présentation de ces données : la mission sociale de l'hôpital, si longtemps exclusive, sera tout d'abord rappelée dans la dimension des énoncés théoriques qui la fonde et en trace le programme – énoncés périodiquement reformulés en fonction des évolutions profondes de la société. La question de ses réalisations concrètes, si souvent à rebours des intentions initiales, sera ensuite évoquée, non pour en dresser le catalogue – comme autant de démentis apportés aux programmes réussis, expressions de cet impossible pourtant visé, attendu ou promis – mais pour rappeler ce qu'elles nous disent des attentes collectives qui se projettent sur l'hôpital. Enfin, on interrogera les traces de cette tortueuse histoire dans la mémoire collective des hospitaliers pour réinterroger la place et le rôle des discours dans la conscience des acteurs de l'hôpital.

## Des intentions admirables

### ***L'hôpital de l'Ancien Régime : « maison d'ospitalité »***

« Maison d'ausmonne », l'Hôtel-Dieu est comme une « isle environnée d'eau de larmes et de pitié qui rend ung fleuve de saine eau de grâce<sup>3</sup> ». Portée par un réseau serré de métaphores, la description de l'Hôtel-Dieu de Paris par son proviseur Jehan Henry, rappelle la valeur de signe tangible que représente l'établissement dans une chrétienté toujours conflictuelle et déchirée, en cette fin de XV<sup>e</sup> siècle. Dans leur projet, les maisons-Dieu et hôtels-Dieu sont des lieux de réparation : individuelle et collective, matérielle et spirituelle. Le pauvre malade, exclu des mailles de la solidarité familiale ou professionnelle, y trouve un lit, des repas, un traitement, mais aussi le chemin d'un redressement spirituel, d'une possible union retrouvée à Dieu : soins du corps et soins de l'âme. Quant aux riches, ou plus largement toute personne professant la foi catholique et disposant de quelques moyens, ils trouvent là l'occasion de réparer leurs péchés par des dons qui permettront à l'établissement d'accomplir son œuvre rédemptrice (« ... qui rend ung fleuve de saine eau de grâce »).

Déjà largement présente dans l'Ancien Testament, l'image du pauvre a acquis une place centrale dans le Nouveau Testament, érigée en modèle

---

3. Jehan Henry, *Livre de Vie active*, manuscrit enluminé, v. 1482 (collections du Musée de l'AP-HP, AP 572).

à partir de l'usage qu'en a fait le Christ jusqu'à se confondre avec elle<sup>4</sup>. Le pauvre dans la société est un signe, sa présence sonne comme un appel à « passer de l'appauvrissement à la pauvreté, comme on va de l'humiliation à l'humilité<sup>5</sup> ».

C'est à partir de cet ancrage que se fonde l'institution hospitalière, œuvre charitable. Depuis le « grenier de bonté », premier hospice fondé par Basile, Père de l'Église et évêque de Césarée (Cappadoce, IV<sup>e</sup> siècle), jusqu'à la multiplication des hôtels-Dieu pendant le Moyen Âge, l'institution maille le territoire de la chrétienté à travers un réseau serré d'établissements, essentiellement urbains, mais aussi le long des grandes routes de pèlerinage. À l'intérieur des hôtels-Dieu, l'assimilation entre le pauvre et le Christ use de tous les supports pour s'imprimer dans les consciences : les statuts d'une part, qui toujours rappellent la parole fondatrice (Matthieu 25, cf. note 4) en explicitant les modalités concrètes de l'attitude qu'elle réclame : « Comment les seigneurs malades doivent être reçus et servis : dans les maisons désignées par le maître de l'hôpital, lorsque le malade se présentera, voici comment il sera reçu : ayant d'abord confessé ses péchés au prêtre, il sera communié religieusement, puis on le portera au lit, et là, le traitant comme un seigneur, suivant les ressources de la maison, chaque jour, avant le repas des frères, on lui servira charitablement à manger<sup>6</sup> ». Mais d'autre part et de manière autrement plus efficace, le décor en fournit la démonstration la plus convaincante en allant jusqu'à superposer les deux images : le pauvre représenté dans son lit, ou saisi dans le rituel d'accueil du lavement des pieds, a le visage du Christ, comme en témoignent quelques tableaux conservés dans les musées hospitaliers<sup>7</sup>.

L'accueil et le soin des pauvres organisent tout un pan actif de l'économie médiévale puisque la présence d'un hôtel-Dieu draine l'argent des grands donateurs, le produit des indulgences<sup>8</sup> et des aumônes, et attire des flux de

---

4. « Venez, vous qui êtes bénis de mon Père ; prenez possession du royaume qui vous a été préparé dès la fondation du monde. Car j'ai eu faim, et vous m'avez donné à manger ; j'ai eu soif, et vous m'avez donné à boire ; j'étais étranger, et vous m'avez recueilli ; j'étais nu, et vous m'avez vêtu ; j'étais malade, et vous m'avez visité ; j'étais en prison, et vous êtes venus vers moi. Les justes lui répondirent : Seigneur, quand t'avons-nous vu avoir faim, et t'avons-nous donné à manger ; ou avoir soif, et t'avons-nous donné à boire ? Quand t'avons-nous vu étranger, et t'avons-nous recueilli ; ou nu, et t'avons-nous vêtu ? Quand t'avons-nous vu malade, ou en prison, et sommes-nous allés vers toi ? Et le roi leur répondra : Je vous le dis en vérité, toutes les fois que vous avez fait ces choses à l'un de ces plus petits de mes frères, c'est à moi que vous les avez faites » (Évangile selon saint Matthieu 25, 34-40).

5. Jacqueline Pascal, Lettre à Blaise Pascal, v. 1660.

6. Statuts de l'hôpital Saint-Jean de Jérusalem, XII<sup>e</sup> siècle, in Léon Le Grand, *Statuts d'Hôtels-Dieu et de léproseries. Recueil de textes du XII<sup>e</sup> au XIV<sup>e</sup> siècles*, Paris, Alphonse Picard et Fils éditeurs, 1901, p. 11.

7. C'est par exemple le cas d'un tableau conservé au Musée de l'AP-HP : *Saint Jean de Dieu lavant les pieds d'un malade* (AP 203), qui provenait de l'ancien hôpital de la Charité, fondé en 1602.

8. Pour l'Hôtel-Dieu de Paris, le revenu des Pardons et Indulgences rapporte 10 000 livres au XVI<sup>e</sup> siècle, et triplent le siècle suivant (cf. catalogue du Musée de l'Assistance publique de Paris, 1987, p. 18).

marchandises ; au total, l'entreprise soutient le développement d'une ville et plus encore sa renommée, dans l'ordre des pratiques de charité. Le Salut apparaît enfin comme la promesse faite à chacun<sup>9</sup> : le pauvre, le donateur, le religieux, bref, tous ceux qui de près ou de loin ont concouru à l'œuvre de piété. Tel est le dispositif en place jusqu'à la fin de l'Ancien Régime, porté par une puissante armature théorique, inspirée de l'œuvre des théologiens avant d'être récupérée – c'est-à-dire rabattue – par l'idéologie politique.

### ***L'hôpital de la République ou l'équité dans l'attribution des secours***

Après la Révolution, le projet hospitalier se reformule à partir d'une conviction nouvelle : « Les secours publics sont une dette sacrée. [...] »<sup>10</sup>. C'est désormais à la Nation qu'incombe la responsabilité de prendre à sa charge les conséquences des inégalités sociales, dans toutes leurs manifestations. Et c'est au nom désormais de *l'assistance publique* que les « citoyens malheureux » vont trouver auprès des administrations nouvelles les secours qu'appelle leur situation. Le terme a depuis longtemps perdu de sa force, celle de la rupture qu'il entendait exprimer : face à la charité qui dans sa dynamique s'était finalement révélée aléatoire, clientéliste, alimentant l'autoreproduction quasi automatique de la mendicité, bref profondément inégalitaire dans ses effets, l'assistance publique se veut une juste réponse au malheur, en garantissant l'équité dans la répartition des secours : à chacun selon ses besoins, des besoins objectivement identifiés, recensés, chiffrés, puis régulièrement suivis et réévalués grâce aux méthodes de ce qui deviendra bientôt la science sociale. Le dispositif mis en place au cours des siècles précédents au nom des valeurs chrétiennes demeure (établissements et services de proximité), mais ses principes, ses cadres et ses modalités de gestion sont profondément transformés, expression d'un contrat social qui s'exprime aussi à travers des dénominations spécifiques : tout ce qui évoquait la marque de l'Église doit disparaître pour affirmer les vertus et les promesses du projet qui cherche à se construire, fonction assurée par une

---

9. Pour prendre l'exemple des hospitaliers qui choisissent de vouer leur vie à cet accueil des pauvres, les statuts des établissements rappellent fortement cette dimension du Salut, comme la contrepartie de cet engagement extrême : « Pour ce que Jésus Christ est pensif et labeure en ses pauvres [...], luy-mesme disant en l'Évangile : « Ce que vous faites à l'un de mes plus petits vous le faites à moy, » pour ce sont tels à recevoir en la Maison-Dieu qui aux infirmes, tant comme à Jésus Christ, servent dévotement, et les temporelles et spirituelles choses administrans ; *que quand viendra le jour de rétribution ilz en reçoivent loyer : c'est à sçavoir le royaume promis aux hommes et aux femmes de miséricorde, à eux apareillé dez le commencement du monde [...]* » (Statuts de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, vers 1265).

10. Article 21 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, 1793.

toponymie nouvelle<sup>11</sup>. À Paris, une grande administration laïque est instituée en 1801 : le Conseil Général des Hospices (CGH), reconfigurée en 1849 sous le nom d'Administration générale de l'Assistance publique à Paris. Chargée de piloter et coordonner le parc hospitalier ainsi que le vaste secteur de l'assistance à domicile et du service à l'enfance, elle se conçoit comme un « bureau paternel<sup>12</sup> » à l'égard des parisiens nécessiteux et indigents. Mais ces secours, qui reposent désormais sur la mobilisation de fonds publics – en grande partie du moins –, entendent également servir le bien commun. Leur mission est triple, comme l'évoque le préfet Frochot au moment de l'installation du CGH : « C'est à vous de rendre nos établissements de bienfaisance communale plus secourables pour le malheur, plus favorables à l'industrie, plus utiles pour la société tout entière<sup>13</sup> ». Avec l'hôpital et à l'intérieur d'une vision utilitariste – entrepreneuriale – la marée des malades pauvres se trouve en quelque sorte recyclée au profit de la santé de tous, puisque c'est à l'hôpital que se forment désormais les étudiants en médecine, les meilleurs d'entre eux (les « anciens internes des hôpitaux ») devenant les professionnels les plus en vue, dans le cadre de l'exercice libéral de la médecine. Devenu le grand laboratoire de la médecine scientifique, l'hôpital rend au malade pauvre sa force de travail (au moins est-ce la visée), en même temps qu'il édifie entre ses murs une médecine qui promet la guérison – le Salut ici-bas – dont les bénéfices hors les murs intéressent la santé du plus grand nombre. À peine deux ans après son installation, le CGH déclare : « [...] le résultat de ses travaux, c'est l'ordre, l'économie, la police, le bien-être des malades et des indigents dans tous les hospices [...] »<sup>14</sup>. » Cinquante ans plus tard, « l'Administration des hôpitaux, hospices civils et secours à domicile de la ville de Paris consacre ses revenus à secourir chaque jour 100 000 pauvres,

---

11. Dans un mouvement général – qui dépend cependant de l'ancrage territorial des établissements et de leur histoire – les hôtels-Dieu sont appelés hôpitaux ou hospices, selon le degré de service médical offert (à Paris, cas très spécifique, l'Hôtel-Dieu est rebaptisé Hospice de l'Humanité, la Charité : Hospice de l'Unité), les salles de malades font disparaître les noms des saints auxquelles elles étaient dédiées, et les bureaux de charité deviennent des bureaux de bienfaisance. On retrouvera la même tendance au moment où l'hôpital se convertit en service public, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale : la tentation est alors grande d'effacer la dénomination d'hôpital, associée à un sentiment de stigmatisation, au profit de celle d'« établissement de santé » ou de « maison de santé ».

12. Discours du préfet du département de la Seine, en prononçant l'installation du Conseil général des Hospices civils de Paris, le 5 Ventôse an IX [24 février 1801], in : Hôpitaux et hospices civils de Paris, An VI – 1820, Archives de l'AP-HP, B 6379, p. 31.

13. *Ibid.*

14. Camus, Duquesnoy, *Rapports au Conseil Général d'Administration des Hospices civils de Paris ; sur les objets confiés à sa direction*, Titre VIII : « Récapitulation générale des détails donnés sur les hospices. Résultat des opérations du conseil », Fructidor an XI [1803], Archives AP-HP, C 237-1, p. 188.

10 000 vieillards et infirmes, 6 000 malades et 20 000 enfants trouvés [...]»<sup>15</sup> ; au regard des ambitions énoncées, le projet, là encore, force l'admiration et l'on comprend la place qu'occupe désormais la rhétorique sur « les intérêts sacrés des pauvres<sup>16</sup> », dont la morale républicaine se porte désormais garante<sup>17</sup>.

### ***Le service public hospitalier, au nom de la solidarité***

L'empreinte de ce passé millénaire sur l'institution semble devoir compromettre sa conversion à des missions de service public, lors même que la renommée de ses « patrons » et le développement en son sein de technologies médicales de plus en plus spectaculaires attirent sur lui le regard de la bonne société, dès le début du XX<sup>e</sup> siècle<sup>18</sup>.

Mais son image, comme sa réalité la plus matérielle, l'assimilent longtemps à un lieu avec lequel on ne fraie pas ; l'admission à l'hôpital reste associée à une forme de stigmatisation. Et c'est de l'immense chantier de l'humanisation engagé dès les années 1930 – le terme est sans équivoque –, que les hospitaliers attendent l'œuvre de réconciliation entre l'ensemble de la société et leur merveilleuse « machine à guérir<sup>19</sup> ». « L'hôpital de demain, le CENTRE DE SANTÉ, avec ses services d'hospitalisation, ses spécialités [...], ses laboratoires de diagnostic et de recherche [...] représentera vraiment un aspect de la vie future ; il sera alors la chose de tous dans la cité, l'architecture et son équipement rénovés exprimant le niveau social, économique et scientifique de notre beau pays<sup>20</sup> ». Emblème de la modernité et du progrès en marche, il se charge des aspirations d'une société en profonde mutation.

---

15. « Note sur les hôpitaux adressée au Gouvernement provisoire le 15 avril 1848 », p. 3, in *Documents adressés à la commission chargée de la réorganisation de l'Administration des hospices, hôpitaux et secours à domicile de la Ville de Paris* (2 août 1848, Archives de l'AP-HP, D 2361 1.

16. Compte rendu par le délégué du gouvernement chargé des hôpitaux, hospices civils et secours à domicile de la Ville de Paris, de son administration depuis le 25 février 1848, Archives de l'AP-HP, C 2521, p. 2.

17. À Paris, l'administration de l'Assistance publique relaie cette morale auprès de ses internes en médecine, ne laissant échapper aucune occasion de leur rappeler les devoirs qui leur incombent à l'égard de « sa clientèle malheureuse ». Voir à cet égard l'article de Françoise Salaün : « Éduquer et surveiller : l'administration hospitalière et “ses internes” au XIX<sup>e</sup> siècle », in *Ordre et désordre à l'hôpital. L'internat en médecine (1802-2002)*, catalogue de l'exposition du Musée de l'AP-HP (15 novembre 2002-25 mai 2003), AP-HP 2002, p. 57-76.

18. Des publications en témoignent, comme celle du Dr Léon Archambault : *L'admission des malades aisés dans les hôpitaux. Ses abus. Remèdes*, Paris, éd. Maloine, 1909, Archives de l'AP-HP, B 36112.

19. Rappelons que l'expression est du chirurgien Jacques Tenon, extraite de son *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, 1788.

20. Henri Thoillier, *L'Hôpital Français*, n° spécial hors série de la revue *Techniques hospitalières, sanitaires et sociales*, 3e édition, imprimerie Georges Frère, Tourcoing, 1948, (Archives de l'AP-HP, C 133 1. La première édition date de 1943.

En visionnaire, Le Corbusier l'exprime dès 1933 à propos du projet de Cité hospitalière de l'architecte Paul Nelson, à Lille : « Ce n'est plus un bâtiment, c'est un complexe. Ce n'est plus un hôpital, c'est un lieu intense de thérapeutique, diagnostic, guérison, analyses, recherches de laboratoire, préparation de l'hygiène de la société future<sup>21</sup> ». Un peu plus tard, en 1958, c'est le directeur du Centre hospitalier de Grenoble qui exprime encore plus explicitement l'horizon à atteindre : « Je crois que l'hôpital toutes classes est l'étape inévitable vers l'hôpital sans classe<sup>22</sup>. » Dans une vision prospective, l'hôpital paraît entraîné dans une spirale ascensionnelle, fruit de l'union du progrès médico-technique et du progrès social. Devenu l'incontournable outil de réparation de la société moderne désormais harmonisée, au sens où ses clivages socio-économiques se sont considérablement réduits dans le contexte de l'État-providence, l'hôpital achève ce processus à travers la loi de séparation du sanitaire et du social : la loi du 31 décembre 1970 reformule en profondeur ses missions en le déchargeant des services à finalité sociale : hospices<sup>23</sup>, maisons maternelles et foyers d'aide sociale à l'enfance. En l'espace de 40 ans, qui correspondent aussi à la période des Trente Glorieuses, l'institution hospitalière semble avoir définitivement tourné la page de son passé millénaire. Le projet d'en faire « la Maison de Santé pour tous<sup>24</sup> », un « centre de santé ouvert à tous<sup>25</sup> », apparaît cette fois réalisé. Les Assises Nationales de l'Hospitalisation publique, qui connaissent trois éditions successives (1965, 1967 et 1969) en récapitulent la « doctrine » : « Le fondement essentiel, philosophique, d'une politique hospitalière est un traitement de chacun et de tous de façon égalitaire. Égalité des conditions de séjour, Égalité des qualités de soins, Égalité des charges financières, telles devraient être, pour le malade, les conséquences de cette doctrine<sup>26</sup> ».

---

21. Le Corbusier, in *La Cité hospitalière de Lille*, éd. Cahiers d'Art, Paris, 1933.

22. Daudignon, « Doit-on supprimer les cliniques ouvertes ? », *Revue hospitalière de France*, 1958, p. 773).

23. Il faut toutefois rappeler ici à quel point la Fédération Hospitalière de France s'est opposée à cette séparation, s'agissant des besoins des personnes âgées. Elle ne cessera de rappeler son attachement à l'amplitude des interventions de l'hôpital auprès des vieillards (voir par exemple l'éditorial de son président Jean Minjot : « L'Hôpital, établissement public à caractère économique, scientifique et social : vers l'évolution des formes de gestion », *Revue Hospitalière de France*, n° 243, août-septembre 1971). À l'inverse, nombre de grands médecins appellent de leurs vœux cette séparation : « L'étude de la rentabilité des surfaces hospitalières jette un jour particulier sur l'"erreur économique" que constitue la présence des personnes âgées au sein des établissements hospitaliers. [...] L'encombrement hospitalier par les vieillards est aussi une cause de mauvaise médecine. » (Dr Jean Huet : « La charge constituée par l'hospitalisation des vieillards dans les hôpitaux de Paris », *Bulletin d'information et de documentation de l'Assistance publique à Paris*, n° 50, novembre-décembre 1957, p. 589 et 591).

24. M. Marlin, Vice-Président de la FHF, « Semaine Nationale des Hôpitaux », *Revue Hospitalière de France*, n° 110, février 1959, p. 147.

25. Bernard Chenot, ministre de la santé publique et de la population, discours prononcé lors de la Semaine Nationale des Hôpitaux, *Revue Hospitalière de France*, n° 118, 1959, p. 841.

26. R. Georges, « L'Hôpital et le Malade », III<sup>e</sup> Assises nationales sur le thème « L'hôpital dans la Nation », *Revue Hospitalière de France*, novembre 1969, n° 225, p. 1195.

## **Le douloureux retour à la réalité**

L'ensemble de ces énoncés déclaratifs n'est pourtant pas trompeur. Tous correspondent autant à des intentions qu'à des programmes, et rappellent la conviction qui soutient et anime l'institution. Mais d'une part, sa mission de régulation sociale place l'hôpital en bout de chaîne, le confrontant de fait à des enchevêtrements de situations parfois inextricables. D'autre part, comme toute entreprise portant sur de l'humain dans sa dimension sensible et intime, réclamant chez ses acteurs des ressources qui ne se limitent pas à du savoir et de l'habileté technique, la réalité – dans ses débordements et ses imprévus – se rappelle de manière souvent brutale, apportant de permanents et insupportables démentis. Cette fracture entre l'énoncé et la réalité dit l'ambition démesurée du projet hospitalier. Elle dit aussi ce qui sépare l'action d'individus de la mécanique institutionnelle sur laquelle celle-ci est jugée, même lorsque son enveloppe parvient à rassembler tous les ingrédients du projet. On en trouve d'innombrables témoignages dans les archives et la littérature hospitalières, aussi récurrents que divers dans leur formulation.