

HOSPITALISATION  
ET POPULATIONS HOSPITALISEES  
DANS LA REGION LYONNAISE  
AUX XIXE ET XXE SIECLES \*

Au moment où les analystes du présent s'interrogent sur le rôle de la demande dans l'évolution du système de santé, il est important de recourir à des études quantitatives pour aborder le processus de médicalisation. Seul lieu où les malades ont fait l'objet de recensements massifs, l'hôpital s'impose comme terrain de choix pour ce genre de démarche, bien qu'il n'accueille pas que des malades et exclut bien des populations (rurales, gens aisés, etc...). Etudier l'hospitalisation permet aussi de s'interroger sur la modernisation et la médicalisation de l'hôpital. Connaître les hospitalisés c'est donc cerner les fonctions hospitalières et c'est aussi appréhender une partie des classes populaires urbaines et leurs réactions face à l'hôpital : refuge contre la misère, moyen d'intégration à la ville, réceptacle des pauvres et des exclus inspirant

---

\* Présentation résumée du rapport présenté en mars 1988 par Olivier Faure et Dominique Dessertine, avec la collaboration de J.J. Milan et B.Maradan, dans le cadre du Programme Rhône-Alpes : "Recherches en Sciences Humaines. Axe "Santé et Population".

la peur à l'extérieur ou lieu de soins efficaces ? Déjà abordées, ces questions l'ont toujours été en ordre dispersé et bien que reposant sur l'idée que l'hôpital est redouté, elles finissent par conclure à l'équivalence simple entre pauvres et hospitalisés. Toutes, enfin, se limitent à une monographie. Il fallait donc tenter de mettre sur pied une méthodologie plus vaste.

Trois buts ont guidé cette recherche : la volonté de ne pas se limiter à un seul établissement, mais de cerner un réseau hospitalier. La région lyonnaise se prêtait bien à ce type d'approche. Aux quatre hôpitaux lyonnais (Hôtel-Dieu, Charité, Croix-Rousse, Antiquaille) s'est ajouté l'hôpital de Villefranche, les archives des autres hôpitaux retenus initialement s'étant révélées inaccessibles. Il fallait aussi refuser l'instantané, mais choisir des coupes susceptibles de saisir une évolution. A la charnière des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles, l'histoire hospitalière est marquée de deux événements majeurs, la révolution pastoriennne et la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite qui ouvre largement l'hôpital à tous. 1866 et 1911, années de recensements, ont donc été retenues. La troisième coupe envisagée, 1936, destinée à saisir les effets de l'application des lois sur les assurances sociales, n'a pu être retenue faute de temps et de moyens.

Le deuxième choix essentiel était d'amorcer une comparaison entre populations hospitalisées et populations globales, jamais tentée jusque-là et seule susceptible de souligner la spécificité éventuelle des premières. Il est vrai que la tâche est ardue tant sont mal connues les structures démographiques et sociales des villes du siècle dernier et que l'enquête a dû se résoudre à exclure Lyon de cette comparaison et se limiter à Villefranche.

L'enquête a dû procéder par sondage vu la quantité de malades à prendre en compte. Songeons que 53 000 individus sont entrés dans nos cinq hôpitaux en 1866 et en 1911. Il a donc fallu n'en retenir qu'un sur dix, sauf pour Villefranche où les entrées ne représentaient pas une masse trop considérable. Nous avons travaillé au total sur 6 346 malades, 1 911 sont des hospitalisés à Lyon en 1866, 3 001 en 1911 et 1 434 sont entrés à l'hôpital de Villefranche en 1866. Chacun a fait l'objet d'une fiche normalisée. Aux identifiants classiques (année, hôpital, numéro d'entrée, succèdent les renseignements individuels d'état civil ou de profession (plus riches que dans les recensements quinquennaux) puis les indications sur le séjour hospitalier. Pour l'ensemble de ces descripteurs, on a choisi de multiplier les catégories ou de rentrer en clair (les professions par exemple) pour conserver la richesse de la source.

Le traitement informatique a été confié au Centre de Calcul de l'Université Claude Bernard.

## L'hôpital refuge de la misère ?

### 1. Célibat et veuvage

La forte proportion de célibataires et de veufs est la caractéristique la plus frappante et la plus constante de la clientèle hospitalière. Elle amène très vite à considérer que la solitude conduit à l'hôpital et explique l'hospitalisation. Dans les hôpitaux de Lyon en 1866, les célibataires, veufs, séparés, représentent plus des deux tiers de l'effectif (69 %). Même chez les plus de 15 ans, les

célibataires restent majoritaires. Les hospitalisés de Villefranche, issus d'une petite ville et des campagnes environnantes sont encore plus massivement seuls que les hospitalisés lyonnais.

Près d'un demi-siècle plus tard, alors que Lyon a vu sa population croître de moitié et connu des mutations considérables, les isolés sont encore très près des deux tiers du total (64,5 %).

La vie en couple, ou son absence, n'est évidemment pas le seul indicateur de l'isolement. Le lieu de naissance peut indiquer une trace de déracinement. Notons que les étrangers restent constamment très rares : 4 % en 1911 comme en 1866, alors que la population d'origine étrangère s'accroît dans la ville et qu'aucune disposition réglementaire ne lui interdit l'accès à l'hôpital. En 1911 comme en 1866, les Lyonnais représentent les deux tiers des hospitalisés et les autres résident dans la région, 80 % dans le seul département du Rhône; si ce sont dans l'ensemble des proches, géographiquement de l'hôpital, ce sont bien des gens sans famille. La plupart du temps, nos hospitalisés vivent seuls. Ils ont connu une "vraie" famille (7 % d'enfants nés de mères célibataires en 1866, 5 % en 1911), mais près de la moitié n'a plus de parents et un quart seulement les conserve tous les deux. Dès 34 ans, la majorité des nos malades a vu disparaître entièrement la cellule dans laquelle il a grandi. Le demi-siècle qui suit repousse de cinq ans ce seuil. Massivement seuls au regard de l'état civil, les hospitalisés le sont socialement beaucoup moins. Issus de la région, résidant dans la ville où ils sont hospitalisés, nés de familles stables, ils n'ont rien des misérables marqués par le destin dès l'origine. L'hypothèse selon laquelle c'est

le peuple urbain qui fréquente l'hôpital et non seulement la lie de ce peuple expliquerait le succès grandissant de l'hôpital.

## 2. Jeunesse et travail

Presque autant que le statut matrimonial, la répartition par âge des malades des hôpitaux paraît un de leurs traits spécifiques et durables. La population est en effet majoritairement composée d'adultes plutôt jeunes (rappelons que les hôpitaux du XIX<sup>e</sup> siècle excluent traditionnellement les enfants jusqu'à des âges variables compris entre huit et quinze ans). A eux seuls, les 15-29 ans occupent plus du tiers des places, aussi bien à Villefranche (35,5 %) qu'à Lyon (38,9 %). Les vieillards, eux, sont très rares. Que l'on fasse débiter la vieillesse à 60-65 ans ou 70 ans, comme le font les lois d'assistance et les règlements d'hospice, les résultats ne sont guère différents. A Lyon, un hospitalisé sur dix seulement a plus de 63 ans, 4 % plus de 70 ans. Appelée de ses vœux par l'administration supérieure, la distinction entre hôpital et hospice est assez vite entrée dans les mœurs, au moins dans les grandes villes. A Villefranche, en effet, les plus de 60 ans dépassent les 15 %, les septuagénaires et leurs aînés les 5 %.

Au moins autant que le célibat, et les deux phénomènes sont liés, la jeunesse est une caractéristique fondamentale et constante de la population hospitalisée. Le recours à l'hôpital serait donc un comportement particulier à une vaste classe d'âge, dont la jeunesse explique certes le célibat, mais aussi la participation nécessaire au monde du travail.

Tous âges confondus, 80 % des malades lyonnais sont désignés par l'appartenance personnelle à une profession et 95 % d'entre eux l'exercent effectivement. Cette très forte activité se confond très largement avec le salariat. Les rentiers, les propriétaires, les membres des professions libérales, sont totalement absents des hôpitaux ou peu s'en faut (moins de 1 % à Lyon en 1866, 0,2 % en 1911). A eux seuls, journaliers, manoeuvres et domestiques représentent plus de 20 % des appellations professionnelles sans aucun changement entre 1866 et 1911, ni d'un sexe à l'autre. A Villefranche, la proportion est encore plus forte.

Si l'accumulation des désignations désarçonne (130 métiers différents à Villefranche, plus de 600 à Lyon), elle montre au moins l'extrême diversité des hospitalisés. Tous les secteurs de l'artisanat urbain sont représentés avec en tête le textile. Les tisseurs envoient 15 % des hospitalisés de 1866 à Lyon. En seconde position, viennent les métiers du bâtiment et sensiblement au même niveau, le secteur d'un artisanat varié, tourné vers la consommation (cordonniers) ou la circulation (charrons, etc...). Les cultivateurs enfin, ne sont pas absents de l'hôpital. Réputés pour être réfractaires à l'hôpital dans tout un discours bourgeois qui exalte les vertus du monde paysan, les cultivateurs ont à Lyon un poids non négligeable supérieur (7 %) à ce qu'il est à Villefranche (4 %).

Avant même toute comparaison avec la société englobante, cette sociologie sommaire des hospitalisés rappelle irrésistiblement les structures d'une société urbaine plongée dans l'Ancien Régime économique, où dominent le textile et le bâtiment.

Si la jeunesse, le célibat et l'exercice d'une profession médiocre sont les caractères les plus marquants de la population hospitalisée, il ne faut pas oublier son état de santé. La durée du séjour à l'hôpital et son issue permettent d'éclairer ce dernier paramètre.

### 3. L'hospitalisation : une tragédie ?

La valeur élevée du séjour moyen est une constante ancienne que l'on retrouve ici sans étonnement. Si elle régresse fortement entre 1866 (39 jours) et 1911 (29 jours), la valeur médiane, finalement plus proche de la réalité, ne se modifie guère en s'abaissant de 21 à 17 jours, c'est-à-dire que seuls les séjours très longs régressent nettement.

La grande diversité des séjours indique que l'hôpital accueille encore indifféremment toutes les pathologies, du cas bénin qui ne nécessite qu'un jour ou deux de présence, à la maladie incurable, en y ajoutant un nombre inévaluable de cas qui relèvent plus de l'assistance que de la médecine. Les femmes connaissent moins que les hommes les séjours très courts. La durée du séjour ne laisse pas supposer une grande abondance de cas désespérés (séjours courts nombreux) ou de maladies incurables.

Le taux de mortalité confirme cette impression. A Lyon en 1866, à peine plus d'un hospitalisé sur dix (11,5 %) décède pendant son séjour, taux proche des taux actuels. Le lieu commun de l'hôpital mouvoir est ici franchement désavoué, sauf à considérer que le langage courant confonde hospice et hôpital. L'entrée à l'hôpital

ne paraît pas plus le signe d'un état de santé désespéré, qu'elle n'est l'apanage des derniers des miséreux.

La population hospitalisée à la fin du Second Empire apparaît bien éloignée des images traditionnelles. Certes, le célibat domine, mais il provient en partie du jeune âge des hospitalisés. Même de façon minoritaire, l'hôpital accueille des personnes mûres, mariées, établies dans un métier honorable non lucratif. Tout cela remet en cause l'idée d'une hospitalisation imposée par la conjonction insupportable de la misère et de la maladie. Si le cas existe, il n'est pas le seul moteur de l'hospitalisation.

## Ouverture et spécialisation

Plusieurs indices plaident pour décrire l'hôpital de 1911 comme un lieu de soins plus efficace que celui de 1866. Les femmes sont les véritables agents de transformation de l'hôpital. L'arrivée des enfants est tout aussi significative.

### **1. Des hospitalisés d'un type nouveau : les femmes et les enfants**

Deux signes révèlent le changement : la diminution de la mortalité des adultes et la réduction de la durée d'hospitalisation. Egale à celle des hommes en 1866, la mortalité des femmes lui est inférieure de près de 50 % en 1911. Les écarts sont très importants entre 15 et 50 ans où la mortalité masculine est plus de deux fois



supérieure à celle des femmes. Une femme sur trois, en 1911, est désignée comme ménagère, et les domestiques célibataires disparaissent (d'1 sur 5 en 1866 à 1 sur 10). Les femmes qui étaient minoritaires en 1866 (48 %) sont désormais en nette majorité (56 %).

Le développement de l'accouchement en milieu hospitalier paraît le premier responsable de cette féminisation de l'hôpital. La part des services d'accouchements double, passant de 7 à 15 % des entrées totales et de 15 à 27 % des séjours féminins.

Jusqu'aux années 1850, les maternités hospitalières lyonnaises ne sont accessibles qu'aux femmes qui ont satisfait à un très grand nombre de contrôles bureaucratiques conçus pour limiter les abandons et les naissances hors mariage. Le corps médical hospitalier ne s'intéresse pas à ce secteur de l'art médical qui n'apparaît pas dans le programme des concours. La fièvre puerpérale est aussi un danger redouté. Avec la victoire du pastorisme, la pression du Ministère de l'Instruction Publique, les mentalités changent, mais il faut attendre l'extrême fin du siècle pour que l'obstétrique devienne une spécialité et que les médecins s'emploient à lutter contre l'accouchement à domicile. L'évolution est sensible puisqu'en 1911 les maternités sont devenues les premiers services en nombre d'entrées. La maternité de l'Hôtel-Dieu, en 1911, est la première salle de l'établissement. Avec 38 lits, elle reçoit annuellement 1 300 femmes. Ce sont de plus en plus des femmes mariées (62 % contre 59 % de célibataires en 1866), et les "étrangères" (à la ville) doublent en pourcentage (9 à 23 %). Dans le cadre de la médicalisation de l'accouchement, l'hôpital public, depuis

longtemps voué aux naissances "honteuses", adopte une nouvelle fonction.

Si les femmes ont toujours été présentes dans les hôpitaux, même de façon minoritaire, les enfants en ont été longtemps exclus, pour des raisons à la fois morales et médicales. L'image traditionnelle de l'hôpital réservé aux enfants abandonnés a, de plus, longtemps freiné l'envoi d'enfants malades dans les hôpitaux. Ces réticences se marquent nettement dans nos sondages de 1866. Egale à 10 % du total à Lyon, la proportion des moins de 15 ans s'effondre à 5 % à Villefranche. En 1911, les effectifs ont triplé à Lyon, passant de 1 930 à 5 600, et représentant une entrée sur cinq. Cette ouverture aux enfants est encore plus spectaculaire pour les tout-petits. Les bébés de moins d'un an, par exemple, voient leur proportion multipliée par cinq. Ouvert en 1836 à la Charité, le service des enfants malades butte sur de multiples réticences. En 1866 encore, l'hospitalisation des enfants garde des traits qui l'apparentent plus à un placement de type assistanciel qu'à un recours médical.

En 1911, les choses ont changé et ont conduit à une situation paradoxale. Plus nombreux, mieux soignés, les enfants qui rentrent à l'hôpital sont désormais plus gravement malades et meurent plus massivement. Les services sont souvent surchargés, la Charité continuant à accueillir diphtériques, scarlatineux, atteints de rougeoles ou d'angines, alors que l'hôpital d'isolement récemment construit à la Croix-Rousse est boudé par le corps médical pour des raisons corporatives. Les nourrissons ont ainsi des taux de mortalité

de 37,5 %. De la naissance à quatre ans, le taux dépasse encore les 20 %.

Les services les plus fréquentés sont les services d'infectieux, avec dans l'ordre ceux de la diphtérie (690 entrées annuelles), des rougeoles, des scarlatines et des angines qui accueillent ensemble un millier de malades

Socialement ces enfants appartiennent au même milieu que les hospitalisés.

## **2. La spécialisation des hôpitaux**

Ces traits d'évolution n'ont pourtant pas la même importance selon les hôpitaux. Entre 1866 et 1911 s'affirment ce que seront les constellations hospitalières plus tardives : un établissement général flanqué de satellites spécialisées.

Pendant longtemps, seul établissement ouvert aux malades à Lyon, l'ancien hôpital du pont du Rhône conserve encore à la fin du Second Empire des marques de cet héritage. Sa prééminence reste nette puisqu'il accueille encore un peu plus de 60 % des malades hospitalisés à Lyon. Ouvert par tradition à tous les pauvres, il compte dans ses salles plus d'étrangers (5,5 %) que l'ensemble des Hospices Civils (4,3 %). Un quart des malades reçus réside en dehors du département du Rhône contre moins de 10 % dans l'ensemble des autres établissements de la ville. Il reçoit aussi plus de voyageurs accueillis pour quelques nuits, conformément à la tradition monastique, et de "sans domicile fixe". L'Hôtel-Dieu de 1866 reste strict dans sa détermination de ne pas recevoir d'enfants.

C'est un hôpital d'adultes qui privilégie les hommes et les gens d'âge mûr, les 30-70 ans représentant 60 % des entrées.

L'Hôtel-Dieu est un hôpital général type : 50 % des malades relèvent des services de médecine, à peine plus d'un tiers est adressé aux chirurgiens, et 30 % seulement aux accoucheurs. La mortalité est supérieure au résultat global (13 % au lieu de 11,6 %) et montre que l'Hôtel-Dieu est déjà (ou toujours) un établissement prestigieux dans lequel on vient de loin en cas de maladie grave.

Bien différent est l'Hôtel-Dieu de 1911. S'il reçoit le même nombre de malades qu'en 1866, seuls 40 % sont à la charge des Hospices Civils. Il a gardé son rôle de refuge des "nomades", totalement disparu ailleurs, bien que celui-ci ait régressé. En revanche, les parts respectives des natifs et résidants du département du Rhône ont plus progressé à l'Hôtel-Dieu que dans les autres hôpitaux, si bien que l'établissement-phare des Hospices Civils a presque perdu toute sa spécificité en la matière. Il accueille toujours plus d'adultes mûrs et de vieillards.

En 1911, l'Hôtel-Dieu s'est donc banalisé et sa spécificité, établie sur des critères sociaux et démographiques en 1866, tend à devenir, comme pour les autres hôpitaux, de nature médicale (maternité, services spécialisés d'ophtalmologie pour les opérations de la cataracte).

L'hôpital de l'Antiquaille garde de son passé de dépôt de mendicité des traits fortement originaux. Indépendant jusqu'en 1846, offrant la particularité de vivre essentiellement de subventions publiques et de versements de prix de journée, il reste en dépit de l'ouverture d'un hôpital de secteur (Saint-Pothin), un hôpital tout à

fait à part. Très fortement masculinisé, la nature des maladies qu'il soigne est à l'origine de la jeunesse et du célibat de ses ressortissants. En 1866, la mortalité y est spectaculairement basse (2,1 %), malgré la gravité de certaines affections vénériennes. L'hospitalisation y dure longtemps, liée à la longueur des traitements. En 1911, en dépit d'une poussée de la mortalité, celle-ci reste inférieure à la moyenne (8,3 contre 10,4). Il se spécialise sur des bases médicales et apparaît de plus en plus comme un hôpital général bis. La création d'un service d'urologie qui achève le mouvement de dépénalisation des maladies génito-urinaires renforce encore cette tendance.

Inauguré en 1861, l'hôpital de la Croix-Rousse n'en est encore qu'à ses débuts en 1866 (la maternité ouvre cette année-là). Il reçoit néanmoins déjà 14 % des hospitalisés à Lyon. Sa clientèle permet de le définir comme à mi-chemin de l'hôpital de quartier et de l'annexe de l'Hôtel-Dieu. En faveur de la première fonction plaide, par exemple, le fort taux de féminisation (48 %), l'abondance des natifs du Rhône (48 %). En faveur de la seconde, l'assez forte présence de voyageurs et de nomades (9 %), la rareté des jeunes mariés. La mortalité est énorme (19,1 %), ce qui serait dû à la forte présence de tuberculeux.

L'hôpital de la Croix-Rousse perd ce sinistre record en 1911 et se classe même derrière l'Hôtel-Dieu. Il réussit à s'intégrer au quartier, hébergeant beaucoup de gens mariés (le record de tous les hôpitaux avec 46 %) ce qui traduirait une familiarité grandissante des habitants avec leur hôpital.

Un peu à la manière de l'Antiquaille, l'ancien hôpital général de la Charité construit pour renfermer les mauvais pauvres (mendiants, vagabonds, filles publiques), s'est très vite transformé en un asile ordinaire de vieillards et d'incurables flanqué d'une maternité réservée aux filles-mères. Logiquement prolongé par un service d'enfants malades, à partir de 1834, et par un autre de gynécologie, la maternité constitue le centre des activités soignantes de la Charité. Entre 1866 et 1911, le nombre des femmes qui s'y rendent triple. Cet essor fulgurant est pourtant peu de choses face au quasi quintuplement des services d'enfants. Avec un service de gynécologie important (1 400 entrées en 1911), la Charité de 1911 qui s'est totalement débarrassé de ses vieillards au début du siècle, reçoit presque autant de malades que l'Hôtel-Dieu et représente un tiers des entrées aux Hospices Civils. Les séjours se situent entre huit et trente jours. La Charité, hôpital de femmes et d'enfants, donne déjà en 1911 l'image de l'hôpital contemporain où l'on va pour une cause précise, ponctuelle et où l'on ne reste pas.

Le schéma de l'organisation hospitalière urbaine n'est pas vraiment remis en cause, malgré les projets de désaffectation de l'Hôtel-Dieu et de la Charité qui agitent la scène lyonnaise au début du siècle. Les médecins tiennent essentiellement à conserver la hiérarchie hospitalière pour laquelle ils ont si longtemps combattu. Au centre de la ville, les anciens établissements auréolés du prestige de leur histoire, doivent être réservés aux maladies aiguës et si possible aux malades curables. Les hôpitaux de quartier, Antiquaille, Croix-Rousse, sont réservés aux malades ordinaires, aux affections banales.

Dans ses établissements de plus en plus spécialisés, les Hospices Civils réussissent à convertir à l'hospitalisation des malades qui jusqu'ici y renonçaient. L'arrivée massive des femmes et des enfants révèle aussi l'entrée à l'hôpital de nouvelles catégories de populations, moins misérables et moins isolées que la clientèle traditionnelle. L'hôpital amorce là la conquête de la société qu'il a aujourd'hui réalisée.

### L'hôpital, reflet de la société ?

Pour mener à bien notre comparaison et faute de monographie précise, il a fallu construire nos propres indicateurs. Les récapitulatifs ont permis de croquer rapidement la physionomie démographique d'une cité, mais ils n'existent pas pour 1911. Pour les structures sociales, il a fallu recourir aux données brutes du recensement qu'il n'a été possible d'analyser que pour le seul recensement de Villefranche en 1866 (12 000 habitants).

#### **1. L'hospitalisation : déracinement ou intégration ?**

Comparées à celles de la ville entière, les structures par âge de la population hospitalisée perdent largement de leur spécificité, mais révèlent que les enfants sont encore plus rares à l'hôpital que dans la ville (en 1866); que les jeunes au contraire sont plus nombreux, ainsi que les vieillards. Ce sont les adultes d'âge mûr (30-69 ans) qui trouvent dans l'hôpital une place strictement égale à celle qui leur revient dans la ville. Contrairement à ce que laissaient apparaître les

données brutes, ce sont les vieillards qui recourent le plus fréquemment à l'hôpital, tout comme aujourd'hui. Mais l'hôpital ne joue pas pour eux le rôle d'hospice, la durée de leur séjour étant conforme à la moyenne générale.

Autant qu'on puisse en juger, les âges les mieux représentés à l'hôpital correspondent aux époques de rupture présumées dans le cycle de vie. L'entrée dans l'âge adulte est une période de célibat loin des siens, soumise à de multiples changements d'état, au logement précaire, ainsi que la cinquantaine et les âges supérieurs marqués par l'affaiblissement des forces, l'apparition des infirmités, la rareté du travail et l'amenuisement des ressources. L'hôpital serait donc bien un recours apprécié lors des périodes de fragilité.

Rapporté à celui de la population environnante, l'état matrimonial des hospitalisés marqué par un isolement écrasant, perd un peu de sa spécificité. En 1866, comme en 1911, à Lyon comme à Villefranche, le mariage ne touche qu'une minorité de la population et il y est à peine plus répandu que parmi les hospitalisés. C'est au contraire pour les mariés et les veufs que l'hôpital introduit une nette déformation par rapport à la situation globale. Les mariés sont nettement moins nombreux dans les hôpitaux que dans les villes, les veufs et les séparés y sont nettement surreprésentés. Le mariage paraît mieux protéger de l'hôpital que le célibat n'y condamne.

L'entrée des femmes à l'hôpital paraît beaucoup moins dépendante de leur situation matrimoniale que celle des hommes. En 1911 à Lyon comme à Villefranche, il y a correspondance parfaite entre structures matrimoniales des femmes en général et des femmes



hospitalisées. Pour les hommes, il y a surreprésentation des célibataires mais surtout des veufs.

Si l'hôpital exerce une attraction privilégiée sur les femmes et sur les vieux, celle-ci est toutefois à moduler en fonction de la pratique que chacun a de la ville. Bien que nos sources ne permettent pas de connaître l'ancienneté de l'arrivée dans la ville, elles permettent de distinguer parmi les habitants de Lyon les natifs de Lyon des autres. Jusqu'à l'âge de 30 ans, ce sont les Lyonnais de naissance qui sont les plus nombreux relativement à recourir aux services hospitaliers. Cela est vrai pour les enfants. L'hôpital ici sert de révélateur du degré d'acculturation aux pratiques urbaines et révèle que la médicalisation des enfants s'opère plus précocement chez les plus vieux citoyens. Chez les jeunes gens, la classe 15-29 ans est plus représentée à l'hôpital parmi les Lyonnais de naissance que parmi les autres. Là encore, s'accrédite l'idée d'un temps de latence à l'intégration citadine, qui ne joue pleinement et de manière très accentuée qu'avec l'âge adulte ou la vieillesse.

Limitée à l'âge et à l'état civil, la comparaison entre les hospitalisés et la population dont ils sont issus amène à remettre en cause radicalement la vision classique. La comparaison avec les structures sociales de la ville bouleverse-t-elle aussi cette vision ?

## **2. Approches sociales de l'hospitalisation**

La médiocrité des comparaisons établies entre les listes d'hospitalisés et les récapitulatifs des recensements nous a engagés à établir une étude limitée mais précise sur les recensements eux-

mêmes. Par un sondage au 1/10<sup>ème</sup>, et en se limitant à Villefranche en 1866, soit 1 200 individus, le travail était abordable. La fiche de dépouillement s'est calquée sur celle des hospitalisés pour favoriser la comparaison. Après avoir testé la pertinence de ce sondage en le rapportant pour la pyramide des âges aux données du récapitulatif, ainsi que pour les structures matrimoniales, il a été possible d'envisager avec sérénité l'étude des métiers à l'hôpital.

Villefranche apparaît, à travers ce sondage sur recensement, comme une ville aux activités essentiellement orientées vers le textile. Les teinturiers, les tisseurs, les dévideurs représentent à eux seuls 14 % de la population totale. Les domestiques très nombreux aussi forment le 4<sup>ème</sup> groupe avec les propriétaires et les rentiers.

La comparaison des sondés avec les hospitalisés fait apparaître d'emblée qu'ils appartiennent à un éventail beaucoup plus large de statut socio-professionnel (258 mentions contre 80), ce qui rappelle bien que les hospitalisés se recrutent dans des groupes bien spécifiques de la population urbaine. Elle permet ainsi de mettre en évidence l'existence de groupes "réfractaires", propriétaires, rentiers, négociants, mais aussi plus inattendus, aubergistes, cafetiers et autres cabaretiers nombreux dans la ville et absents de l'hôpital. Les taux d'hospitalisation que nous avons calculés pour les métiers les plus denses montrent que les risques professionnels jouent un grand rôle. Les terrassiers arrivent en tête, avec un taux de 25 %. Le quart d'entre eux a été hospitalisé à Villefranche en 1866. Ils sont suivis des maçons (16,7 %), des plâtriers. Dans le textile, les dévideuses sont encore plus exposées (33 %). Difficultés autant sociales que sanitaires pour ces femmes sans doute majoritairement célibataires.

Ainsi, autant qu'au risque professionnel il faut lier la précarité sociale. Privilégier une seule de ces deux fonctions hospitalières c'est méconnaître ce qu'était la demande des patients et ceci dès le Second Empire.

## Conclusion

Trois sortes de conclusions se dégagent de cette étude tant sur la méthodologie que sur les résultats.

Notre choix de faire exploiter les données par des spécialistes extérieurs a alourdi notre démarche, en créant une dépendance qui n'a pas toujours permis d'affiner nos réponses comme nous l'aurions voulu. Cette enquête nous a fortement poussé à investir désormais dans la micro-informatique.

Plus fondamentalement, ce travail espère convaincre de la nécessité absolue de ne plus séparer la sociologie des hospitalisés de la sociologie historique générale. Cette conclusion est transposable à toute enquête visant à analyser un segment de la société, classe sociale, profession ou groupe quelconque (immigrés, délinquants, locataires, etc...). Seule une mise en fiche systématique d'une ville ou d'un quartier pourrait constituer une image de référence.

Cette approche comparative a permis de conclure que l'hospitalisé n'est pas un déchet social, un marginal, mais plutôt l'homme moyen du petit peuple urbain qui compose l'immense majorité de la population. Les taux d'hospitalisation réservent ainsi quelques surprises. D'un côté, ils augmentent avec la misère, et les journaliers, les dévideuses, atteignent les plus forts pourcentages,

mais d'un autre, ils révèlent un lien entre la nature du métier et la propension à utiliser l'hôpital.

A la fois plus médical qu'on ne l'a dit souvent, l'usage de l'hôpital a aussi des raisons sociales. Il n'est pourtant pas le refuge indifférencié contre l'isolement et une certaine marginalité, mais plutôt un moyen parmi d'autres de survivre lors des périodes de déstabilisation, dont la vie populaire n'est pas avare. L'entrée à l'hôpital est peut-être plus une volonté d'intégration que d'une mise à l'écart.

Si ce rôle de l'hôpital subsiste largement à la veille de 1914, ses fonctions soignantes sont mieux utilisées par une population moins fragile socialement que sous le Second Empire, et qui exige des actes thérapeutiques ponctuels, surtout pour les femmes et les enfants. Malgré la révolution pastorienne, l'hôpital reste souvent démuni devant les cas les plus graves, les taux de mortalité l'attestent. Contrairement au schéma habituellement reçu, le ralliement à l'hôpital anticipe sur son efficacité.

Olivier FAURE

Dominique DESSERTINE

Centre Pierre Léon