



HAL
open science

Administration et conception des soins à la marge des grandes réformes hospitalières : chronique gestionnaire de l'hôpital de Beaujeu (12e-20e siècles)

Nicolas Guilhot, Sébastien Vanhove

► To cite this version:

Nicolas Guilhot, Sébastien Vanhove. Administration et conception des soins à la marge des grandes réformes hospitalières : chronique gestionnaire de l'hôpital de Beaujeu (12e-20e siècles). Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management, 2010, France. halshs-00465932

HAL Id: halshs-00465932

<https://shs.hal.science/halshs-00465932>

Submitted on 22 Mar 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Administration et conception des soins
à la marge des grandes réformes hospitalières :
chronique gestionnaire de l'hôpital de Beaujeu
(12^e-20^e siècles)**

Communication aux 15^{èmes} Journées d'histoire de la comptabilité et du management

Nicolas Guilhot (ingénieur de recherche, docteur en histoire),
Sébastien Vanhove (ATER, doctorant en sciences de gestion)

GRAPHOS (JE 2545) – Université Lyon 3

18 rue Chevreul

69007 Lyon

email : nicolas.guilhot@univ-lyon3.fr

tel : 04 26 31 86 93

Introduction

Les évolutions des dernières décennies, et les multiples débats sur l'ouverture des établissements de soins publics à la rationalisation des dépenses et à la recherche de l'efficacité, ont montré que pour beaucoup l'hôpital est encore étranger à la gestion. Ce constat repose sur une définition restrictive de cette discipline, importée des entreprises du secteur privé avec une vision parfaitement *ahistorique*, dans le sens où elle nie l'influence du cadre conceptuel d'une époque et suppose que le modèle aujourd'hui dominant est permanent, voire incréé.

Si l'on accepte au contraire une définition plus relative de la gestion, comme la mise en œuvre d'outils et de techniques pour la réalisation d'objectifs finalisés, l'hôpital n'a en fait jamais cessé d'être *géré* ou tout du moins *administré* avec un souci plus ou moins fort de l'efficacité, de la rationalisation et de l'équilibre budgétaires, mais en accord, ou en voie de le devenir, avec une conception des soins qui n'intègre pas nécessairement, à toutes les époques, ces trois caractéristiques qui semblent si importantes aujourd'hui.

Dans l'orientation épistémologique ainsi posée, cet article propose la relecture d'une étude consacrée à l'hôpital de Beaujeu¹, ancienne capitale du Beaujolais, sous l'angle de l'histoire de la gestion, avec la problématique suivante : comment une administration locale, relativement à la marge des évolutions hospitalières du pays, a-t-elle réagi au cours des siècles aux prescriptions régionales ou nationales en termes de « bonnes » gestion et organisation des institutions sanitaires ?

Le but n'est pas ici d'étudier en détail un dispositif de gestion ou un modèle d'administration dans sa diffusion spatiale et temporelle, mais plutôt d'analyser comment une succession de changements dans les pratiques gestionnaires fut adoptée (ou non) dans un établissement certes original par sa longévité dans un même lieu²,

¹ GUILHOT N. (2008), *L'Hôpital de Beaujeu et son domaine : neuf siècles de combat pour le soin*, Beaujeu, Hôpital local, 130 p.

² À titre de comparaison, l'hôpital de Belleville, situé à quinze kilomètres de Beaujeu, a changé trois fois de localisation au cours de son histoire.

mais de taille modeste³, centré sur des activités de soins de proximité, et par là même peu souvent concerné par les réformes hospitalières.

La richesse des sources conservées à l'hôpital permet de dépasser l'approche patrimoniale initialement adoptée pour l'étude et de s'intéresser à la dimension gestionnaire de son histoire. Essentiellement administratives, ces sources sont constituées d'une série continue de treize registres de délibérations du 21 décembre 1706 à aujourd'hui⁴, d'un recueil de titres (1560-1673), d'un livre de comptes (1658-1724), d'un livre d'inventaires (1776-1854), de cartons de documents administratifs postérieurs au 15^e siècle, mais aussi de documents managériaux et stratégiques après 1970. Concernant la période actuelle, l'accompagnement réalisé par notre laboratoire, le Graphos, dans le cadre de la réalisation et de la mise en œuvre du projet d'établissement 2009-2013, ainsi que du passage à la Tarification à l'activité (T2A), constitue une formidable source d'informations. Les archives départementales du Rhône (ADR) conservent un fonds très bien inventorié sur le chapitre de Beaujeu et des archives judiciaires qui apportent des éléments supplémentaires pour le Moyen Âge et l'Ancien Régime. Les ADR disposent également d'une partie des archives de la préfecture du Rhône, dont les dossiers permettent de combler bien des lacunes des registres de l'hôpital pour la période contemporaine, et d'éclairer certains événements volontairement occultés par les administrateurs.

L'ensemble de ces documents constitue une source de valeur pour étudier l'évolution de l'organisation et de la gestion de l'hôpital. Cette approche monographique longitudinale se structure autour de ruptures dans lesquelles se mélangent les influences des politiques locales, régionales et nationales, des crises économiques, des innovations gestionnaires ou administratives, et des évolutions de la médecine.

Entre le 12^e et le 18^e siècles, l'hôpital passa d'une administration cléricale autarcique à une administration municipale qui fossilisa des traditionalismes locaux incarnés par la gestion informelle, routinière et personnelle des recteurs, toujours dominée par une conception charitable des soins dans laquelle l'intégralité du revenu régulier devait être utilisée pour l'accueil des pauvres (partie 1). Au cours du 19^e siècle, la nouvelle tutelle

³ La ville de Beaujeu perdit tout rôle politique d'importance au 15^e siècle, et vécut un long déclin économique à partir du 18^e, puis démographique à la fin du 19^e.

⁴ Les références à ces registres de délibérations seront notées : « RD », suivies de la date de la délibération et de la pagination (« p » pour page, « f » pour feuillet).

préfecturale imposa une gestion administrative beaucoup plus formelle, mais les recteurs de l'établissement ne s'approprièrent ces outils administratifs que dans le dernier quart du siècle, sous la pression d'une situation financière catastrophique, quand l'adoption du paiement à la journée inversa le rapport entre activité et revenu, introduisant un « proto-contrôle de gestion » (partie 2). Le 20^e siècle fut ensuite dominé par un double mouvement : d'un côté, l'intégration d'une activité d'hospice en réponse aux changements démographiques des environs de Beaujeu, concrétisant l'émergence d'une vision stratégique d'adaptation, plus ou moins volontaire ou imposée, à la demande sociale ; et d'un autre côté, une révolution presque complète commençant par la reconnaissance croissante d'un statut spécifique, entre activité sanitaire et activité d'hospice, définitivement concrétisé dans les années 1980 par le statut d'hôpital local, et s'achevant peut-être aujourd'hui, avec la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, par le retour à un statut unique d'établissement sanitaire. En effet, cette dernière réforme remet en cause le statut, et peut-être la reconnaissance des spécificités, voire l'existence des hôpitaux locaux, avec le risque potentiel de les transformer en établissement médico-sociaux au même titre que les maisons de retraite. Ces mutations, en particulier la mise en œuvre prévue au plus tard au 1^{er} janvier 2012 de la T2A, ont une conséquence très forte sur l'organisation, le management, et surtout le développement de la stratégie et de la prospective au sein des hôpitaux locaux, illustrant aujourd'hui encore l'obligation d'une gestion adaptée à la conception des soins d'une époque (partie 3).

1 La gestion dans le cadre de la conception charitable des soins (12^e-18^e siècles)

1.1 De l'administration cléricale autarcique à l'administration municipale (12^e-16^e siècles)

L'hôpital de Beaujeu fut probablement créé au 12^e siècle⁵, au cœur du vaste mouvement de fondations hospitalières que connut le royaume de France entre 1130 et 1260. Les Sires de Beaujeu participèrent certainement à cette création dans leur capitale, comme à celle mieux documentée de l'hôpital de Roncevaux à Villefranche aux alentours de

⁵ L'existence de l'hôpital est mentionnée pour la première fois en 1240, dans le testament du chanoine Robert de Trémont, sans référence à une fondation récente.

1190⁶. Les habitants de la ville la soutinrent par la construction d'un bâtiment appelé l'« *hospitalerie* »⁷. Mais l'influent chapitre collégial de la ville joua le rôle prépondérant ; ses chanoines conservèrent d'ailleurs un contrôle exclusif sur l'établissement jusqu'au 16^e siècle, et ils restèrent ses principaux donateurs jusqu'à la suppression du chapitre sous la Révolution.

L'hôpital était de petite taille : l'inventaire de 1559 mentionnait une cuisine, deux ou trois celliers, une salle basse avec sept lits pour les pauvres⁸ ; celui de 1579 comptait huit lits et un matelas⁹. Mais à l'époque, certaines maisons-dieu n'avaient que deux ou trois lits, il y en avait huit à l'hôpital de Roanne, douze à celui de Charlieu¹⁰, et la moyenne n'était pas supérieure à vingt-cinq ou trente¹¹. Trop modeste pour être spécialisé, l'hôpital de Beaujeu accueillait aussi bien les indigents que les voyageurs¹². Jusqu'au 16^e siècle, il était entièrement confié à un hospitalier qui s'occupait à la fois de la gestion des revenus, de l'entretien du bâtiment, de la culture du jardin, de l'accueil des pauvres et des services religieux qui leur étaient destinés.

Ce clerc séculier desservait en même temps la chapelle Notre-Dame du chapitre et l'hospitalerie fondée par les habitants de la ville, mais il était nommé par les seuls chanoines. À la fin du 15^e siècle, un conflit éclata entre ceux-ci et les notables pour le contrôle de l'hôpital. En 1489, le sacristain du chapitre participa à la nomination de deux hospitaliers, l'un avec les bourgeois de la ville, l'autre avec le chapitre. Dans des lettres patentes du 20 juin 1508, le roi renvoyait le procès devant les juges ordinaires du bailli de Mâcon, qui se prononcèrent pour le maintien de la possession de l'hôpital par le chapelain nommé par le chapitre¹³. En fait, cette décision ne rétablit la situation que

⁶ FRENAY C. (1980), *Histoire d'un hôpital. Hôtel-dieu de Villefranche-sur-Saône*, Villefranche-en-Beaujolais, Editions du Cuvier, p. 24.

⁷ LONGIN E. (1898), *Notice sur l'hôtel-dieu de Beaujeu, avec une liste des bienfaiteurs*, Beaujeu, [sn], p. 14.

⁸ ET, 20 mars 1559, f. 8.

⁹ ET, 6 avril 1579, f. 13.

¹⁰ GOUTORBE F. (1991), *Histoire médicale de quelques hôpitaux du Forez de la fin du XVII^e siècle à 1914 : Charlieu - Feurs - Montbrison - Roanne*, Roanne, 1991, p. 12 et 117. L'hôpital de Charlieu est aujourd'hui un hôpital local de 120 lits et 44 places de soins infirmiers à domicile.

¹¹ MOLLAT M. (1982), « Moyen-Âge », in IMBERT J. (dir.), *Histoire des hôpitaux en France*, Paris, Privat, p. 109.

¹² Jusqu'au 14^e siècle, les lépreux étaient relégués à l'extérieur de la ville dans une très modeste « maladière », dont les biens furent ensuite réunis à ceux de l'hôpital.

¹³ « Lettres royaux par lesquels se voit le droict et grand intérest que le chappitre ha des droictz mal aliénés de la sacrisite et cures de Beaujeu et les Estous et de tout ce qui en despend ». Reproduite dans LONGIN, *op. cit.*, p. 119-121.

pour quelques décennies. À une date inconnue entre 1508 et 1578¹⁴, l'hôpital de Beaujeu commença à être géré par deux ou plus rarement trois recteurs, nommés pour trois ans par les notables, généralement parmi les bourgeois, marchands et officiers de la ville.

Sans remettre en cause la dimension spirituelle des soins hospitaliers, cette évolution s'ancrait dans des problématiques sociale et gestionnaire. D'un côté, elle correspondait à l'affirmation du caractère social du problème de la pauvreté et à sa prise en charge par les autorités municipales entre le 13^e et le 16^e siècles, marqués par l'évolution de la représentation du pauvre comme intercesseur privilégié auprès de Dieu à sa perception comme un danger social puisqu'il n'avait rien à perdre¹⁵. Une série de textes royaux favorisa ainsi l'emprise des villes sur les hôpitaux, en particulier l'édit d'avril 1561 et l'ordonnance de Blois de 1576 qui prévoyait de confier ces institutions à des administrateurs nommés pour trois ans qui ne pouvaient être que de « *simples bourgeois, marchands ou laboureurs* »¹⁶. D'un autre côté, les nombreuses réunions et disparitions d'établissements du 16^e siècle alimentèrent la volonté de la bourgeoisie naissante d'appliquer ses compétences à la meilleure gestion financière des biens hospitaliers¹⁷.

Les recteurs civils, « *constitués pour administrer les biens de l'hospital dud. Beaujeu* »¹⁸, ne s'occupaient pas de l'intérieur de l'hôpital. Comme il était courant, l'intendance fut confiée à des servants : en 1579, le recteur Anthoine Carrige s'engagea par exemple à payer chaque année 1 écu 2 tiers à Benoiste de Beyse pour recevoir les pauvres, nettoyer les bâtiments, blanchir le linge et garder les meubles¹⁹. La seule préoccupation des recteurs était d'assurer le revenu dont dépendaient le fonctionnement et la survie de l'établissement. Des dons modestes mais réguliers apportaient des draps et des lits pour équiper la salle des pauvres, quelques terres rapidement affermées ou cultivées à moitié ou tiers fruit, et des revenus placés sous forme de rentes ou d'obligations à la perception difficile, la dimension charitable de l'hôpital interdisant de trop presser les débiteurs.

¹⁴ Longin rapporte que les plus anciennes mentions de recteurs qu'il a trouvées dataient de 1596 (*Ibid.*), mais les archives rapportent la nomination d'un marchand à la direction des affaires des pauvres en novembre 1578.

¹⁵ GUTTON J.P. (1971), *La Société et les pauvres. L'exemple de la généralité de Lyon*, Paris, Les Belles Lettres, p. 215-245.

¹⁶ Cité dans : *Ibid.*, 141.

¹⁷ MOLLAT, *op. cit.*, p. 91-92.

¹⁸ ET, 2 novembre 1578, f. 10.

¹⁹ ET, 6 avril 1579, f. 12.

L'administration de l'établissement s'insérait ainsi dans un système d'obligations réciproques essentiellement local, instauré à la fois par la faible diffusion du numéraire et par une économie reposant encore fortement sur l'échange, une partie importante des rentes étant par exemple payées en nature (bois, grains, « bennes de navets »²⁰, etc.).

La conception charitable des soins consistait plus en l'utilisation intégrale du revenu pour accueillir les pauvres qu'en des efforts concertés pour l'augmenter. À la fin du 16^e siècle, les nouveaux recteurs civils décidèrent ainsi de déléguer l'intégralité de la gestion en affermant l'ensemble du revenu de l'hôpital, terres, rentes et pensions comprises, à un seul particulier. Cette mesure ne dura pas plus de quelques années, mais elle illustre une conception qui explique pourquoi la complexification de la gestion, sortant du modèle autarcique à « administrateur » unique de l'hôpital médiéval, ne correspondit pas à une augmentation notable de son revenu. Bien que relativement épargné par les crises économiques du 14^e siècle et par les guerres religieuses à la suite du déclin politique de la ville de Beaujeu (Villefranche était devenue la nouvelle capitale du Beaujolais en 1532), l'hôpital restait modeste. En 1559, son domaine foncier n'était constitué que d'un pré, de deux petites terres et d'une vigne de dix à douze ouvrées. Quelques donations plus importantes lui permirent certes de l'agrandir sensiblement en 1663²¹, avec l'acquisition de trois vignes qu'il conserva jusqu'en 1959, mais n'empêchèrent pas la poursuite d'une lente usure, accentuée par l'essor de nouvelles formes d'assistance comme la distribution d'aumônes. En 1658, l'assemblée de la ville reconnaissait que « *les bastimens de l'hostel dieu dudit Beaujeu [étaient] en très mauvais estas et requ[éraient] des grandes réparations & qui menass[ai]ent une ruine totale* »²², mais aucune rénovation ne fut entreprise avant la fin du siècle.

1.2 La gestion personnelle, informelle et à perte de l'hôtel-dieu (18^e siècle)

Entre 1685 et 1705, les habitants de Beaujeu construisirent à l'emplacement même du bâtiment médiéval un *hôtel-dieu* de douze lits, et demandèrent à l'hôpital de Villefranche d'envoyer deux sœurs de l'ordre de Sainte-Marthe pour fonder une communauté. Reconnue par des lettres patentes accordées par le roi en 1735, cette véritable refondation s'ancrait dans un mouvement national de restructuration du tissu

²⁰ ET, 11 frimaire an 11 (2 décembre 1802), p. 36.

²¹ ET, 10 juillet 1663, f.199-201.

²² LC, 22 avril 1658, f. 1.

hospitalier influencé par la Contre-réforme catholique²³, dont elle présentait toutes les caractéristiques : augmentation de la taille des locaux, accroissement du revenu, modification de l'organisation de l'administration, destination des soins aux « *pauvres malades* »²⁴. Le terme d'*hôtel-dieu* désignait effectivement les établissements « *réservés aux malades, excluant souvent les incurables, les vénériens, les fous, les galeux* », par opposition aux *hôpitaux* qui assuraient l'assistance sous toutes ses formes (aumônes, secours à domicile, recueil des enfants), et aux *hôpitaux généraux* qui « *jadis chargés de l'enfermement des mendiants, recueill[ai]ent désormais les malades rejetés des Hôtels-Dieu, les fous, les marginaux* »²⁵. Dans une petite ville comme Beaujeu, la distinction était parfois plus formelle qu'effective, mais elle incarnait une conception des soins plus complexe qu'au Moyen-Âge. Celle-ci s'exprimait particulièrement dans l'attitude ambiguë des recteurs et des sœurs hospitalières qui exerçaient la charité autant par piété religieuse que par crainte des pauvres, leur dévouement n'excluant pas une perception méprisante des gens du peuple.

Le soutien financier des notables et chanoines de la ville permirent à l'hôtel-dieu de se développer lentement au cours du siècle, favorisé par la prospérité économique du royaume plus que par la gestion avertie de ses administrateurs. Le règlement adopté en 1707 séparait la gestion du revenu, assurée par un bureau de trois recteurs (souvent complété par le juge, les consuls et parfois le maire et le procureur fiscal de la ville), du fonctionnement interne placé sous la direction de la sœur supérieure. Le revenu étant modeste (il évolua de 1 300 à un peu plus de 3 000 livres au cours du 18^e siècle), les recteurs étaient encore moins qu'ailleurs poussés à mettre en place des outils pour connaître la situation de l'établissement. Moins important que celui des plus riches d'entre eux, son patrimoine pouvait être géré sur un mode personnel : les comptes étaient rendus irrégulièrement, la caisse peu contrôlée par le receveur, les domaines directement visités par les recteurs en cas de problème, les plans de construction parfois dessinés par le président du bureau lui-même²⁶, la gestion interne abandonnée à la sœur supérieure. Quand les administrateurs devaient fournir des informations sur l'hôtel-

²³ GUTTON J.P. (1982), « Trois derniers siècles de l'Ancien Régime », in *Histoire des hôpitaux en France*, op. cit., p. 197.

²⁴ Dans l'acception de l'Ancien Régime, était pauvre celui qui n'avait que son travail pour vivre et qui pouvait donc plonger dans la pauvreté au moindre aléa.

²⁵ Travail de Muriel Joerger cité par *Ibid.*, p.249.

²⁶ RD, 9 juillet 1752, f. 34.

dieu, à l'occasion d'un procès ou plus rarement d'une demande de l'épiscopat (1750)²⁷ ou de l'autorité royale (1774)²⁸, il leur fallait toujours se replonger dans les archives pour rédiger des mémoires détaillés qui n'étaient jamais réutilisés par la suite.

En termes de gestion, la conception charitable des soins se traduisait par un objectif permanent : le revenu de l'établissement devait être entièrement utilisé pour recevoir et soigner les pauvres malades. Les recettes ordinaires ne servaient donc qu'au fonctionnement intérieur de l'établissement, sous l'autorité des sœurs qui s'occupaient seules de l'accueil et du soin des pauvres, ainsi que de l'entretien de l'hôpital qu'elles appelaient leur « *maison* ». Leur autonomie était exacerbée par leur origine sociale commune, leur indépendance financière²⁹ et l'absence de contrôle direct, au point qu'elles s'opposaient parfois à l'autorité des recteurs sans presque jamais subir de sanctions, l'hôtel-dieu ne pouvant se passer d'un personnel gratuit qui incarnait l'esprit de charité. Le service médical était assuré par un médecin et un chirurgien de la ville, qui obtinrent des gages annuels en échange de leurs visites. Providentielles dans une région rurale à la clientèle solvable rare, les charges de médecin et chirurgien de l'hôpital étaient demandées et généralement occupées à vie par leurs titulaires (bien que l'établissement n'ait pu assurer le financement d'un médecin que par intermittence pendant le 18^e siècle), sur un schéma qui resta inchangé jusqu'à la fin du 19^e siècle.

Quant aux recettes extraordinaires (c'est-à-dire les dons), elles ne servaient la plupart du temps qu'à augmenter les recettes ordinaires par diverses formes de placements (rentes, obligations, terres). Les investissements étaient rares, souvent décidés par un recteur plus industriel que ses prédécesseurs ou à la suite d'un don particulièrement important. Exemple révélateur : pour un bâtiment péniblement construit entre 1751 et 1759 sans même aboutir à la création des douze lits supplémentaires initialement prévus³⁰, trois embryons de projets avaient été abandonnés en 1717, 1729 et 1740. La gestion était extrêmement conservatrice. Dans le serment qu'ils prêtaient à leur installation, les recteurs proclamaient qu'ils « *procureray[ent] le bien des pauvres de cette ville, et ne consentiray[ent] jamais à aucune chose qui soit contre leur utilité et*

²⁷ RD, 14 juin 1750, f. 23.

²⁸ RD, 10 décembre 1774, f. 139.

²⁹ La famille des sœurs hospitalières devait verser une rente suffisante pour leur entretien au moment de leur installation.

³⁰ Le bâtiment reçut à la place un bureau, une apothicairerie, un réfectoire pour les sœurs et quelques chambres payantes peu utilisées.

avantage »³¹ : à l'image de la société d'ordre de l'Ancien Régime qui craignait le changement, l'idéal était bien dans la permanence, c'est-à-dire, pour les recteurs, dans la conservation du revenu pour rendre le patrimoine de l'hôtel-dieu tel qu'il leur avait été confié. L'innovation était proscrite. En matière financière et agronome, les recteurs se contentaient de suivre les usages locaux. Ils se heurtaient ainsi sans cesse aux difficultés récurrentes de perception du revenu, en raison de crises économiques, d'aléas météorologiques ou de leur trop grande mansuétude envers des débiteurs trop pauvres ou trop honorables. Les déficits réguliers de l'hôtel-dieu étaient comblés par de nouveaux dons provenant souvent des recteurs eux-mêmes, à qui l'on demandait moins d'être des gestionnaires compétents que d'avoir de la fortune à donner. Cependant, l'équilibre financier précaire maintenu par des recettes extraordinaires n'était pas en soi la conséquence d'une mauvaise *gestion* ou *administration*, mais plutôt d'une gestion volontairement aveugle et à perte qui, en accord avec la conception des soins de l'époque, ne se souciait pas d'équilibre budgétaire, mais de charité « sans compter ».

1.3 L'impossible réforme face aux usages et ancrages locaux

De par sa petite taille, l'hôtel-dieu de Beaujeu ne fut pas concerné par les rares applications des grands projets de réforme hospitalière de la fin du 18^e siècle. Quand l'inspecteur royal Jean Colombier visita l'établissement, il ne s'intéressa pas à son organisation sanitaire, mais seulement au rétablissement de la rigueur administrative par l'application de règlements anciens. L'autorité royale luttait alors contre l'indépendance des administrations hospitalières : Colombier imposa donc le retour au renouvellement fréquent du bureau, à ce point négligé que les recteurs en place avaient été installés respectivement 11, 21 et 26 ans auparavant. Il demanda aussi, entre autres mesures, l'examen régulier des comptes, qui n'avaient pas été enregistrés dans les délibérations depuis 1762³².

Cette réforme à la fois modeste et difficile ne survécut pas à l'accumulation des difficultés financières qui accentuèrent l'ancrage local de l'établissement. La baisse de revenu consécutive aux mauvaises récoltes fut amplifiée par les mesures révolutionnaires qui touchaient les hôtels-dieu assimilés aux privilégiés, en particulier l'aliénation des biens hospitaliers entre le 22 messidor an 2 (11 juillet 1794) et le 2

³¹ Statuts de 1720 reproduits dans LONGIN, *op. cit.*, p. 102.

³² RD, 18 septembre 1785, f. 28-29.

brumaire an 4 (24 octobre 1795). Même s'il rentra en possession de ses biens séquestrés dans un relatif bon état, l'hospice civil de Beaujeu (selon sa nouvelle appellation) perdit plus de 25 000 livres d'excédents qu'il ne put jamais récupérer³³. La crise concentra l'établissement sur des préoccupations de survie, comme se procurer des grains pour l'alimentation des pauvres. Ce fut d'ailleurs dans ce contexte difficile que l'hôpital instaura le recours aux enchères publiques pour vendre sa production viticole en avril 1792³⁴, créant par sa perpétuation jusqu'à aujourd'hui ce qui est considéré comme la plus ancienne vente aux enchères caritative de vin au monde. La loi du 16 vendémiaire an 5 (7 octobre 1796), qui instaurait la responsabilité municipale pour la surveillance des hospices civils, ne fit qu'accentuer cet ancrage local et l'autonomie de la commission administrative en collusion évidente avec le conseil municipal.

Malgré ces difficultés, la conception charitable des soins continuait d'impliquer une gestion expansive sans souci d'équilibre. Entre 1800 et 1810, la prospérité économique du pays permit à l'hospice d'achever la construction d'un nouveau bâtiment dont le projet remontait aux années 1780, et d'y installer dix-huit nouveaux lits entre 1809 et 1814. Mais cette extension répondait plus à la pression des fondations³⁵ qu'à la disponibilité de recettes régulières suffisantes pour l'entretien des malades : depuis la fin du 18^e siècle, l'hôpital avait reçu des dons pour créer neuf nouveaux lits qu'il n'avait pas pu installer faute de place, alors même qu'un legs de 1780 comportait la condition explicite que les quatre lits qu'il fondait devaient être installés dans une nouvelle aile³⁶. La crise de la fin de l'Empire, amplifiée par l'incendie partielle puis l'occupation de l'établissement par les troupes austro-hongroises³⁷, montra que l'augmentation du nombre de lits avait été d'un optimisme prématuré.

À l'encontre de tous les usages de l'administration hospitalière, les recteurs de Beaujeu durent couvrir une partie des dépenses courantes par des remboursements de capitaux dès 1813³⁸. Au début de la Restauration, les pertes de l'hôpital étaient estimées à 62 000 francs. De multiples dons permirent de le sauver, parmi lesquels de nombreuses terres et le domaine de la Grange-Charton donné par Suzanne de Millière. Les charges

³³ RD, 24 brumaire an 4 (15 novembre 1795), f. 144.

³⁴ RD, 1^{er} avril 1792, f. 114.

³⁵ Une fondation était la création d'un lit, par voie de donation ; par extension, le lit lui-même, appelé « lit fondé ».

³⁶ RD, 3 mai 1780, f. 12.

³⁷ RD, 1^{er} mai 1814, f. 116-117.

³⁸ RD, 5 septembre 1813, f. 111.

d'intendance augmentèrent en conséquences et le rôle des administrateurs se limita plus que jamais à celui d'un propriétaire terrien dont les revenus alimentaient le fonctionnement interne de l'établissement, qui ressemblaient à une boîte noire confiée à la communauté des sœurs³⁹ dans le seul but charitable d'utiliser tout le revenu pour soigner les pauvres. Mais dans la première moitié du 19^e siècle, cette organisation aveugle et déconnectée fut profondément réformée sous la pression de la préfecture.

2 De l'imposition des outils de gestion administrative à leur appropriation pour un objectif nouveau, l'équilibre et la rationalisation budgétaires (19^e siècle)

2.1 Le nouvel ordre préfectoral

Au-delà des projets de réforme hospitalière qui se révélèrent utopiques, le changement structurel fondamental des périodes révolutionnaire et impériale fut le placement des hôpitaux sous la surveillance des préfectures en l'an 8 (1799-1800). Cette mesure prolongeait les nouvelles idées sur l'assistance comme un service devant être assuré par l'Etat afin de mieux s'adapter aux variations de la pauvreté que les fondations hospitalières aux biens inaliénables⁴⁰. L'instauration de la nouvelle tutelle préfectorale fut parachevée par le décret du 7 germinal an 13 (28 mars 1805) qui confiait la nomination des administrateurs d'hôpitaux aux préfets, sur une liste de cinq candidats présentée chaque année par les commissions administratives pour leur renouvellement par cinquième⁴¹, à l'exception de la présidence revenant au maire depuis floréal an 9 (avril-mai 1801).

Si dans une petite ville comme Beaujeu, ce changement n'eut qu'un impact limité sur le renouvellement irrégulier des recteurs, il permit d'imposer l'indépendance de la commission administrative face à la municipalité, après près un demi-siècle d'opposition. En 1841 par exemple, le maire fit intervenir la gendarmerie pour arrêter la construction d'un mur ordonnée par les recteurs, mais que le préfet n'avait autorisée qu'oralement⁴². Malgré un renouvellement complet de la commission administrative

³⁹ À Beaujeu, les sœurs ne furent pas inquiétées pendant la Révolution : brièvement renommées « citoyennes » dans les années 1790, elles purent à nouveau porter l'habit de novice dès 1803. RD, 4 fructidor an 11 (22 août 1803), f. 42.

⁴⁰ FOUCAULT M. (1994), *Naissance De La Clinique*, Paris, Presses universitaires de France, p. 17-18.

⁴¹ Jusqu'en 1818, les nominations furent faites par le ministre de l'Intérieur.

⁴² ADR 1Xp 399.

demandé par le sous-préfet en décembre 1846⁴³, le conseil municipal continua de s'opposer aux budgets présentés par celle-ci et de critiquer la gestion interne de l'hôpital. Un arrêté préfectoral du 26 juin 1853 réprima son ingérence, mais une partie des conseillers municipaux réitéra ses critiques en 1854, alors même que la commission avait été encore une fois renouvelée par l'installation de quatre membres en février 1854⁴⁴. La situation se calma par la suite, du moins si l'on en croit le silence durable des archives. Le conseil municipal devint une simple chambre d'enregistrement pour les décisions de la commission administrative, mais celle-ci dû à son tour se soumettre à l'autorité préfectorale qui nommait ses membres.

Dès 1819, le préfet avait inspiré un nouveau règlement dont il critiqua à plusieurs reprises l'application tardive⁴⁵, puis en 1839 un règlement administratif encore plus détaillé, précisant notamment les modalités de réunion de la commission et la répartition des tâches entre recteurs (ordonnateur général, directeur de l'intérieur, inspecteur des bâtiments de ville, inspecteur des propriétés rurales, secrétaire général)⁴⁶. Une modification de 1842 leur prescrivait même de rendre tous les trois mois un rapport écrit sur leurs activités⁴⁷. L'omniprésence des préfets se retrouvait jusque dans la moindre décision de la commission administrative, presque toujours soumise à leur autorisation. Comme partout ailleurs, la nouvelle tutelle resserrait l'étau du contrôle ministériel sur les administrations hospitalières. Les préfets et sous-préfets devaient approuver les budgets, arrêter les comptes, autoriser la moindre action en justice et les réparations les plus bénignes. L'accord ministériel était nécessaire pour les travaux au coût supérieur à 1 000 francs, les aliénations ou concessions de bail, les acceptations de donation ou de legs testamentaire⁴⁸.

Après 1810, la situation financière catastrophique de l'hôpital de Beaujeu accentua la lutte entre les pratiques traditionnelles, informelles et personnelles des recteurs, héritées de l'Ancien Régime, et le nouveau pouvoir de la préfecture. Cette opposition se traduisit par une pression d'un demi-siècle pour la régularisation de l'administration, et l'utilisation d'outils de gestion destinée au seul contrôle de la tutelle.

⁴³ RD, 27 décembre 1846, p. 43.

⁴⁴ ADR 1Xp 401.

⁴⁵ RD, 23 mai 1819, f. 174-176 ; RD, 1^{er} novembre 1820, f. 9 ; ADR 1Xp 399.

⁴⁶ RD, 18 octobre 1839, f. 112-116.

⁴⁷ RD, 6 mars 1842, f. 141.

⁴⁸ IMBERT J. (1982), « De la Révolution à 1941 », in *Histoire des hôpitaux en France, op. cit.*, p. 300-301.

2.2 La pression préfectorale pour l'utilisation des outils de gestion administrative

L'ingérence préfectorale dans la gestion de l'hôpital commença par le choix des placements financiers. Sous l'Empire, les sous-préfets insistèrent pour que les recteurs investissent les capitaux disponibles en rentes sur l'État, jugées plus sûres et plus stables que les autres placements même immobiliers. En 1845, les rentes sur particuliers ne représentaient plus qu'un revenu de 1 691,03 francs par an ; celui des rentes sur l'État s'élevait déjà à 2 567 francs, et il atteignait 3 556 francs en 1853⁴⁹. La réduction du nombre de lits ouverts fut une autre manifestation de cette ingérence : dans la conception charitable des soins qui restait celle des notables locaux, l'hôpital devait maintenir les lits fondés à perpétuité ; la préfecture obtint pourtant la suppression temporaire de dix des trente-huit lits en décembre 1819⁵⁰. Cette mesure permit à l'hôpital de ne plus être dans la « gêne des besoins » dès 1824⁵¹ ; elle dût sembler suffisamment efficace pour que l'administration commence à l'utiliser régulièrement pour assurer la prospérité de l'hôpital, dont les comptes restèrent durablement positifs après 1840⁵².

À partir de 1820, l'effort de la préfecture porta sur la régulation de procédures administratives presque totalement étrangères à la tradition gestionnaire des recteurs. Il lui fallut plus de quinze ans pour obtenir de la commission administrative qu'elle prépare chaque année un budget prévisionnel dans les délais et les formes officiels. Celui de 1822 dut ainsi être recommencé trois fois avant d'être accepté en septembre de cette année⁵³. Les modifications apportées par le préfet étaient encore nombreuses les années suivantes, et en février 1835, il devait toujours rappeler à la commission que son budget de l'année était en retard⁵⁴. La même rigueur fut demandée pour le rendu des comptes, mais elle s'imposa plus facilement (peut-être parce que l'autorité municipale avait déjà réussi à le faire pendant la Révolution) : en 1822, le sous-préfet renvoya quatorze apurements de comptes allant jusqu'en 1818 et réclama ceux de 1819-1821 pour les

⁴⁹ ADR 1Xp 401.

⁵⁰ RD, 3 décembre 1819, f. 183.

⁵¹ RD, 21 mars 1824, f. 116.

⁵² De 1859 à 1885, les recettes annuelles ne furent jamais inférieures à 45 000 francs, et en 1865, les fonds disponibles atteignaient 100 000 francs. ADR 1Xp 398 et 401.

⁵³ RD, 17 mars 1822, f. 54-55 ; 11 avril 1822, f. 59 ; 23 juin 1822, f. 66-69 ; 29 septembre 1822, f. 73.

⁵⁴ RD, 24 février 1835, f. 74.

examiner⁵⁵ ; l'année suivante, leur règlement fut organisé sur une base annuelle⁵⁶ ; et les erreurs récurrentes disparurent dès 1825.

Cette nouvelle rigueur fut aussi exigée dans la gestion plus quotidienne de l'établissement. L'ordonnance royale du 31 octobre 1821 prescrivait que toutes les fournitures des hospices devaient être obtenues par des adjudications aux enchères (sauf cas d'isolement ou fourniture modeste). Les recteurs de Beaujeu continuèrent pourtant de privilégier les marchés à l'amiable qui garantissaient selon eux la meilleure qualité des denrées. Mais en 1838, à la suite du refus du receveur de payer un mandat au boucher en l'absence d'adjudication ou d'une délibération justifiant cette absence⁵⁷, les réunions de la commission (et les dossiers de la préfecture) commencèrent à s'encombrer invariablement des mêmes demandes de dispense d'adjudication pour des fournitures aussi variées que le blé, le chauffage, l'éclairage, les tonneaux ou les travaux de minage des vignes. Parmi les rares adjudications organisées, celles pour le pain et la viande revenaient presque toujours aux mêmes fournisseurs. Dans les pratiques réelles, rien n'avait donc changé, mais les outils du contrôle par la tutelle avaient été mis en place.

Après trois décennies conflictuelles, les années 1840 marquèrent l'alignement des recteurs sur la gestion plus administrative demandée par la préfecture, et le relâchement consécutif du contrôle préfectoral. La commission administrative accepta l'adoption d'une gestion plus formelle, parfois sur des détails aussi symboliques que l'adoption en 1853 de l'année civile pour la régularisation des rentes et des traitements qui se faisaient traditionnellement à Beaujeu le 24 juin⁵⁸. Parallèlement, la préfecture assouplit sa pression : elle commença à autoriser presque automatiquement les traités à l'amiable, accepta même de régulariser *a posteriori* certaines acquisitions, et consentit à laisser réaliser des travaux parfois importants par « voie de régie », c'est-à-dire sans adjudication. La perte d'autonomie de la commission administrative restait donc relative : une grande partie de la gestion ordinaire de l'établissement pouvait continuer de suivre les usages locaux et la commission conserva certains particularismes, comme le vignoble que les préfets proposaient régulièrement de vendre dès que ses revenus étaient trop bas. En 1852, la visite de l'inspecteur général des hôpitaux entérina le

⁵⁵ RD, 25 août 1822, f. 71.

⁵⁶ RD, 2 février 1823, f. 86.

⁵⁷ RD, 25 juillet 1838, f. 102.

⁵⁸ RD, 23 avril 1853, p. 163.

compromis sur la gestion de l'établissement⁵⁹, après quatre décennies d'une ingérence presque totale.

2.3 L'introduction du prix à la journée

L'acceptation des normes de gestion administrative imposées par la préfecture fut facilitée par la période de prospérité que connut l'hôpital de Beaujeu entre 1840 et 1880. Mais le 27 juin 1879, la commission administrative rapporta les premiers signes d'invasion du phylloxéra au domaine de la Grange-Charton⁶⁰. Les gelées de l'hiver suivant achevèrent de ruiner le vignoble, dont la production fut pratiquement nulle pendant quelques années ; les recettes de la vente des vins furent diminuées par quatre entre les années 1870 et 1880. En même temps, la reconstitution indispensable du vignoble, qui fournissait une grande partie du revenu de l'hôpital, aggrava le déficit qui engloutit tout l'excédent accumulé depuis 1840.

La crise du phylloxéra révéla à quel point les recteurs ne s'étaient pas appropriés les outils et modes de gestion mis en place sous l'impulsion de la préfecture. Dans la tradition d'indépendance et de gestion informelle qui caractérisait les commissions administratives d'hôpitaux depuis le Moyen-Âge, elle ne considérait ces outils que comme des obligations imposées par le contrôle de la tutelle et sans aucun intérêt pour l'hôpital puisque la préfecture ne pouvait lui apporter aucune subvention, même en période de crise. Dès 1880, les recteurs jouèrent donc le compromis entre les décisions attendues par la préfecture et les mesures plus rapides qu'ils souhaitaient prendre, « monnayant » par exemple l'aliénation de capitaux pour couvrir les dépenses ordinaires contre la fermeture de 20 lits au fur et à mesure de leur vacance⁶¹. En 1882, la situation était telle que les recteurs présentèrent un budget déficitaire, évidemment refusé par le préfet qui leur demanda de réduire plutôt les dépenses⁶². L'incompréhension de la logique administrative de la préfecture par les recteurs était totale : en 1892, le déficit cumulé atteignait 20 000 francs, les dépenses ne pouvaient plus être réduites, et la commission ajouta un utopique supplément de récolte de vin de 4 848,92 francs pour équilibrer artificiellement le budget afin de complaire au contrôle du préfet⁶³. Mais les

⁵⁹ RD, 8 septembre 1853, p. 175.

⁶⁰ RD, 27 juin 1879, f. 8.

⁶¹ RD, 22 juillet 1881, f. 22.

⁶² RD, 23 mars 1882, f. 31.

⁶³ RD, 10 juin 1892, p. 50.

aliénations de rentes devinrent la seule solution pour faire face aux dépenses ordinaires et culminèrent en 1893 avec la libération d'un capital de 44 000 francs⁶⁴.

La crise était suffisamment grave pour que l'administration prenne une mesure inédite, que la préfecture n'avait même jamais proposée, mais qui s'observait dans de nombreux établissements : faire payer les journées d'hospitalisation aux communes⁶⁵. La « circulaire »⁶⁶ du 17 octobre 1880 énonçait ainsi qu'à partir du 1^{er} janvier 1881, aucun malade ne serait plus reçu gratuitement en dehors des lits fondés, qui restaient majoritaires (38 sur 50 lits encore ouverts). Avec en plus l'obligation de soigner gratuitement les indigents de la ville de Beaujeu, le paiement des journées ne pouvait à lui seul rétablir l'équilibre financier, mais il constitua la bascule indispensable en dégagant des moyens pour le rétablissement du vignoble, dont la production atteignit une moyenne de 560 pièces par an entre 1895 et 1909. Le revenu de la vente des vins n'étant plus intégralement utilisé pour les dépenses ordinaires maintenant en partie couvertes par le paiement des frais de séjour, les capitaux en rentes sur l'État purent être rapidement reconstitués.

La loi sur l'assistance médicale gratuite (AMG) permit de généraliser ce nouveau mode de financement, qui rendit les modalités de gestion moins dépendantes des seuls revenus des domaines et des dons. Adoptée le 15 juillet 1893, cette loi constituait une étape fondamentale d'uniformisation du financement des hôpitaux, lequel avait fortement évolué au cours de la deuxième moitié du 19^e siècle, avec le développement des sociétés de secours mutuels légalisées en mars 1852⁶⁷, de l'accueil des malades payants et du paiement d'une partie des frais de séjour par les communes. Le texte prescrivait en effet que tous les indigents devaient être accueillis dans les hôpitaux contre le paiement d'un prix à la journée par la commune, le département ou l'État, selon les cas⁶⁸. Les conseils généraux étaient chargés d'effectuer le rattachement de chaque commune à un établissement.

⁶⁴ RD, 2 février 1893, p. 74.

⁶⁵ Auparavant, seule l'administration militaire s'acquittait généralement d'un prix de journée pour les soldats soignés à l'hôpital. La première trace d'un tel paiement remonte à 1800. RD, 5 nivôse an 9 (26 décembre 1800), f. 22.

⁶⁶ L'utilisation du terme circulaire pour qualifier ces documents démontre l'acceptation de façade de la logique administrative, la circulaire étant un terme réservé en droit positif français aux seules directions administratives, notamment à ce qui est aujourd'hui le ministère de la Santé et à ses directions centrales.

⁶⁷ FAURE O. (1993), *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, p. 121.

⁶⁸ *Ibid.*, 171-172.

À la mise en exécution de la loi en 1894, l'administration de l'hôpital de Beaujeu rappela que 54 des 67 lits de l'établissements étaient fondés, exagérant sensiblement le nombre réel qui était de 41,5 selon notre dépouillement des archives, et qu'une partie des 13 lits restants étaient destinée à l'admission des malades indigents de la ville : elle ne mit donc que 6 lits à disposition de l'AMG, rattachés à seulement 15 communes sur les 30 proposées par le préfet. Pour le reste, la « circulaire » du 17 octobre 1880 régulant le prix à la journée pour les communes était maintenue⁶⁹. Cette réticence à l'AMG s'expliquait par la méthode de détermination du prix à la journée. Arrêté par le préfet pour une période de cinq ans, il ne pouvait être inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq années précédentes, mais était souvent fixé au plus bas et ne pouvait être modifié régulièrement. À Beaujeu, les prix demandés aux malades payants et aux communes furent la plupart du temps supérieurs à ceux demandés pour les quelques malades bénéficiant de l'AMG.

2.4 Un proto-contrôle de gestion

Pour l'hôpital de Beaujeu, la crise du phylloxéra et la loi sur l'assistance médicale gratuite furent des déclencheurs conjoncturels assez tardifs, le principe du paiement des frais de séjour s'étant développé partout en France au cours du 19^e siècle. Il s'agissait d'un changement considérable, bouleversant le cadre économique d'établissements qui n'avaient jusque-là fonctionné que sur leurs fonds propres alimentés par la charité publique. Le paiement des journées devint d'ailleurs une source de revenu si indispensable que les administrateurs cherchèrent à optimiser l'occupation des lits. À Beaujeu, ils commencèrent à appliquer plus strictement le règlement sur la nature des malades accueillis : ils renvoyèrent ainsi de plus en plus régulièrement les malades devenus incurables ou infirmes, dont la place était dans un hospice. Ils luttèrent aussi contre l'habitude qu'avaient pris certains maires d'envoyer dans les lits fondés des malades qui n'étaient pas indigents, ou de retarder la prise en charge des patients devant quitter l'hôpital. Bref : les recteurs commencèrent à contrôler ce qui se passait à *l'intérieur* de l'établissement, qui cessa d'être la boîte noire aux mains de la communauté des religieuses que nous avons décrite (cf. partie 1.3 page 10).

Dans la pratique, les nouvelles dispositions n'évitaient pas les problèmes de recouvrement que connaissait l'hôpital depuis ses origines, mais les recteurs s'en

⁶⁹ RD, 6 avril 1894, p. 139; 1^{er} août 1894, p. 166-167 ; RD, 17 novembre 1894, p. 197.

préoccupaient plus activement. Certes, la survivance d'une tradition charitable maintenait une distinction encore assez vague entre malades indigents et payants. En 1895, la commission administrative reconnaissait par exemple que ces derniers payaient souvent des sommes variables selon leur fortune⁷⁰ ; par la suite, elle continua d'accepter régulièrement des rabais sur des frais de séjour trop élevés. En même temps, elle décida dès 1898 d'exiger 15 jours d'avance en guise de garantie⁷¹. Pour les indigents, les communes n'étaient pas meilleures débitrices que les particuliers de l'Ancien Régime. Dans le cadre de l'AMG, la commission administrative dût adresser plusieurs nouvelles « circulaires » aux maires. Quant aux sociétés de secours mutuels, un accord fut trouvé en 1905 pour régler des retards de paiement⁷².

La situation restait complexe, puisque le maintien de lits fondés entretenait la confusion entre les indigents reçus au titre de l'AMG, dont les frais devaient être couverts par les communes, et ceux reçus au titre d'une fondation, dont les revenus étaient souvent insuffisants pour entretenir un malade à l'année malgré l'augmentation régulière du prix de création d'un lit fondé. Discuté depuis 1888, ce problème fut finalement tranché en 1921, quand la commission décida – comme cela fut fait dans de nombreux autres hôpitaux – d'inscrire les fondations dans le cadre de l'AMG, en déduisant les revenus de leurs capitaux des journées dues par les communes⁷³.

Un quart de siècle avait suffi pour convertir définitivement les recteurs à une conception nouvelle du soin qui, sans faire table rase de la dimension charitable pluriséculaire, se fondait sur une orientation presque inverse : les frais de fonctionnement devaient être couverts par l'activité elle-même, les fonds propres de l'établissement ne servant plus (essentiellement) qu'aux investissements. L'activité devant être suffisante pour générer un revenu couvrant une partie des dépenses ordinaires de l'hôpital, il fallait la contrôler. La commission administrative commença alors à *utiliser* les outils imposés par la préfecture, instaurant ainsi ce que l'on pourrait qualifier de proto-contrôle de gestion. Par exemple, les états de population auparavant remplis pour satisfaire aux demandes de la tutelle préfectorale servirent dorénavant à calculer le coût réel d'une journée pour négocier le tarif journalier avec le préfet. Dans les budgets, la ligne des recettes provenant des journées de malades fut remplie plus systématiquement. L'évolution de

⁷⁰ RD, 23 octobre 1895, p. 230.

⁷¹ RD, 20 octobre 1898, p. 369.

⁷² RD, 26 mai 1905, p. 180.

⁷³ RD, 19 août 1921, p. 438.

la population des malades fut mieux suivie, permettant à la commission de prendre des décisions comme le refus d'ouvrir un lit pour l'assistance des invalides du travail en 1899, ou la limitation du nombre de lits ouverts pendant l'été en 1906⁷⁴. L'hôpital de Beaujeu s'appropriait ainsi des outils qui restèrent encore pendant près d'un siècle le principal système de représentation de l'activité hospitalière, surnommé les « quatre vieux »⁷⁵ : le nombre d'admissions, le nombre de journées, la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation des lits.

Mais si le début d'intégration des dimensions financière et sanitaire marquait l'apparition d'un souci de gestion coordonnée à court terme, la commission restait engluée dans un mélange de représentations anciennes (le soin charitable des indigents) et modernes (les soins médicaux scientifiques, une certaine forme d'adaptation ou de rationalisation de l'activité dans un souci d'équilibre budgétaire), et ne maîtrisait pas l'évolution plus générale de l'hôpital à moyen ou long terme.

3 De l'hôpital-hospice à l'hôpital local : évolution des statuts et appropriation de la vision stratégique (20^e siècle)

3.1 L'orientation médicale

L'assistance médicale gratuite ne s'appliquait qu'aux malades habituellement reçus dans les hôpitaux, mais les lois du 9 avril 1898 et du 31 mars 1905 les ouvrirent aux accidentés du travail, et celle du 5 avril 1928 aux assurés sociaux. Pour convenir à cette nouvelle patientèle, les établissements durent s'adapter, et ne plus faire ce qui était considéré comme de la « médecine d'indigents ». À Beaujeu, l'hôpital continua de refuser les vieillards, infirmes et incurables, destinés aux hospices⁷⁶ ; il affirma donc son orientation médicale en suivant, dans la mesure de ses moyens, le développement technique et la multiplication des services et salles spécialisés observables dans toute la France à cette époque. L'administration dut écarter l'installation de services de radiographie en 1898 ou d'ophtalmologie en 1909⁷⁷, mais elle fit établir une salle

⁷⁴ RD, 4 juillet 1899, p. 396 ; 20 avril 1906, p. 200.

⁷⁵ ENGEL F., KLETZ F., MOISDON J.C. (2000), *La démarche gestionnaire à l'hôpital : le PMSI. 2. La régulation du système hospitalier*, Paris, S. Arslan.

⁷⁶ La distinction s'était établie dans la première moitié du 19^e siècle avant d'être consacrée par la loi du 7 août 1851, puis encouragée par la médicalisation des hôpitaux et confirmée par la circulaire ministérielle du 15 décembre 1899.

⁷⁷ RD, 10 juin 1898, p. 359 ; 4 juin 1909, p. 261.

d'opération et une salle de fiévreux en 1891, acquit une table d'opération en 1894, remplaça les lits en bois par des lits en fer entre 1899 et 1908⁷⁸. Parallèlement, une place plus importante fut accordée aux médecins, jusque-là simplement rémunérés sous forme de traitements pour réaliser des visites : ils commencèrent à donner leur avis scientifique et technique, puis administratif, par exemple sur l'adoption des lits en fer.

Reflet de cette médicalisation, le règlement adopté en 1900 organisait les services hospitaliers sous une forme moderne prévoyant la place des sages-femmes, des infirmiers, des pharmaciens⁷⁹, alors même qu'il n'y avait qu'une « accoucheuse » à Beaujeu, et que la pharmacie était toujours gérée par une sœur. Les critiques émises lors de l'inspection du 20 septembre 1901 témoignèrent du caractère idéal d'un règlement-type qui ne pouvait être appliqué à la lettre à Beaujeu⁸⁰, mais les recommandations de modernisations firent écho à l'orientation adoptée par les recteurs et leur application contribua au changement de l'hôpital. L'effort de médicalisation se traduisit aussi par l'engagement d'un infirmier auxiliaire en 1904⁸¹, qui représentait une rupture avec l'emploi exclusif de religieuses pour aider les médecins depuis 1705.

Tous ces changements participaient à une évolution lente de l'hôpital, qui correspondait moins à une véritable stratégie qu'à la volonté de s'inscrire dans les progrès médicaux du tournant du 20^e siècle. D'un asile pour indigents aux mains des religieuses, l'hôpital de Beaujeu tendait à devenir un centre de soins co-organisé par les médecins et les administrateurs, même si ses moyens techniques et humains le réservaient aux malades légers ou aux femmes en couche. L'empressement de la commission administrative à appliquer les recommandations de l'inspection de 1901 témoignait de son nouvel intérêt pour la gestion interne de l'hôpital. Il se révéla de façon plus radicale pendant la crise qui précéda et prolongea la première guerre mondiale.

3.2 Le statut d'hôpital-hospice : l'adaptation forcée à l'évolution démographique

Les mauvaises récoltes de la fin des années 1900 et la première guerre mondiale provoquèrent d'importantes pertes financières, accrues par l'insuffisance des remboursements de l'armée. Comme l'aliénation de rentes sur l'État n'était pas envisageable en période de conflit, la commission administrative fut autorisée à

⁷⁸ RD, 9 janvier 1891, p. 6 ; 17 novembre 1894, p. 197 ; 17 décembre 1897, p. 328 ; 14 février 1908, p. 236.

⁷⁹ RD, 19 octobre 1900, p. 460-473.

⁸⁰ RD, 28 octobre 1902, p. 79-81.

⁸¹ RD, 5 février 1904, p. 135.

emprunter 50 000 francs entre 1915 et 1916⁸². Mais la situation de l'hôpital ne s'améliora pas beaucoup à la fin de la guerre. Les revenus du capital et les remboursements de l'AMG, diminués par l'inoccupation d'une partie des lits, ne suffisaient pas à couvrir toutes les dépenses. De plus, le vignoble qui représentait une part encore importante des ressources de l'hôpital connut des récoltes très irrégulières pendant l'entre-deux-guerres. L'administration dut aliéner 130 000 francs de rentes sur l'État entre 1921 et 1927 afin de couvrir le déficit⁸³. Cette crise profonde justifia une série de mesures qui modifièrent encore un peu plus le fonctionnement traditionnel de l'établissement.

En 1919, l'hôpital se sépara de ses cinq fermes, « *dont les revenus nets [étaient] certainement inférieurs aux rentes que produirait le montant d'une vente publique* »⁸⁴. Il consacra ses efforts sur les bois et le vignoble, pour lequel il établit en 1928 un contrat de vente des récoltes sur quinze ans afin de lisser les variations de recettes entre bonne et mauvaise année⁸⁵. Le système paraissait à ce point prometteur qu'en 1934, la société qui avait remporté l'adjudication obtenait la prolongation du contrat jusqu'en 1962⁸⁶, mais dès l'année suivante, la crise du marché du vin la poussa à une rupture anticipée de contrat⁸⁷. Celle-ci redonna une place prépondérante à la gestion du domaine dans les activités du conseil d'administration.

Enfermé dans ses problèmes de gestion du domaine et dans sa conception de la population qu'il devait accueillir, l'hôpital de Beaujeu n'investit pas lui-même le lien qui s'était développé entre l'activité des établissements et leur revenu, mais ce levier d'action fut utilisé par les tutelles. Alors qu'il avait toujours refusé d'accueillir les vieillards⁸⁸, l'établissement fut transformé en « hôpital-hospice », sous la pression du préfet et du contrôleur des services d'assistance du département. Ceux-ci pensaient qu'en accueillant « *les assistés vieillards, infirmes et incurables, bénéficiaires de la loi du 14 juillet 1905* », il pourrait régulariser son fonctionnement qui souffrait

⁸² RD, 13 novembre 1915, p. 347 ; 8 juin 1916, p. 352.

⁸³ RD, 5 novembre 1920, p. 419 ; 21 juin 1927, p. 30.

⁸⁴ RD, 12 novembre 1919, p. 403.

⁸⁵ RD, 22 mai 1928, p. 44.

⁸⁶ RD, 20 mai 1934, p. 110.

⁸⁷ RD, 18 juillet 1935, p. 146.

⁸⁸ Seule exception, les difficultés financières le poussèrent à accepter en 1886 la fondation d'un lit pour vieillard, qui semble avoir été effective à partir de 1890.

d'« inutilisations trop fréquentes d'un grand nombre de lits existants »⁸⁹, sans doute liées au déclin économique et démographique de Beaujeu et de ses environs⁹⁰, frappés comme toute la France par l'intensification de l'exode rural. Cette transformation de l'établissement reflétait un changement structurel fondamental : d'objectif, l'activité était devenue un moyen au service d'un objectif qui échappait à la direction de l'hôpital pour être défini par les tutelles.

3.3 La loi de 1941 et la reconnaissance des hôpitaux comme institution sanitaire

Depuis la fin du 19^e siècle s'imposait une notion de droit aux soins qui poussa les gouvernements à étudier une transformation profonde du cadre législatif et administratif des hôpitaux publics. Les travaux commencés en 1938 aboutirent à la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics⁹¹ et au décret d'application du 17 avril 1943⁹², qui ne furent effectivement appliqués qu'après la Libération⁹³.

Ces deux textes consacraient juridiquement « *les hôpitaux et hospices [comme] des établissements publics communaux, intercommunaux ou départementaux* » (article 1), sanitaires et sociaux. S'ils ne renouvelaient en rien la définition de leur mission, en les chargeant de recevoir, comme ils l'avaient toujours fait, « *les malades, blessés, femmes en couche, vieillards, infirmes et incurables* » et même les « *enfants assistés* », ces textes induisirent des changements considérables à Beaujeu, dans une administration hospitalière toujours sclérosée par le manque de renouvellement. Remplacée entièrement en 1945, la nouvelle commission administrative avait perdu un grand nombre de ses prérogatives : la nomination des médecins était faite par le préfet sur une liste d'aptitude régionale, le personnel se voyait doté d'un statut de « fonctionnaire d'un établissement hospitalier » dont le recrutement et le salaire échappaient à la commission, et deux nouveaux pouvoirs exécutifs venaient réduire son autonomie déjà battue en brèche par le préfet depuis le début du 19^e siècle : le ministère de la Santé et le directeur de l'hôpital. Celui-ci remplaçait le secrétaire, mais il était nommé par le préfet

⁸⁹ RD, 27 octobre 1927, p. 36

⁹⁰ ROBERT C. (1973), *Beaujeu de 1815 à 1914 : le déclin de l'ancienne capitale du Beaujolais*, Lyon, Université Lyon 2.

⁹¹ Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, JORF du 30 décembre 1941, page 5574

⁹² Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, JORF du 27 avril 1943, page 1156

⁹³ RAYNAUD P., VEYRET L. (1982), « De 1941 à 1980 », in *Histoire des hôpitaux en France*, op. cit.

sur une liste d'aptitude nationale, et ses responsabilités étaient plus étendues : il était chargé de préparer le budget et les comptes, de contrôler l'économe, de gérer le patrimoine, de noter le personnel et de proposer les sanctions. Nommé en juin 1956 seulement, le premier directeur de Beaujeu assurait également les tâches d'économe⁹⁴, comme dans tous les établissements de moins de 200 lits.

Dans le cadre du commentaire de la loi de 1941⁹⁵, Jacques Doublet (maitre des requêtes au Conseil d'Etat) précisait que ce texte constituait une réforme demandée par le corps médical depuis plusieurs années, en raison de « *l'évolution du rôle de l'hôpital, notamment dans deux domaines* », à savoir le développement des « malades payants » d'une part (par opposition aux seuls « malades indigents »), et la place des établissements sanitaires dans l'organisation sanitaire de la France d'autre part. L'affirmation de cette vocation sanitaire qui se développait depuis le début du siècle contrecarrait l'opposition des médecins de ville, qui s'étaient souvent insurgés contre « une grave concurrence à la médecine dite libre » jusqu'à se trouver à l'origine de la proposition de loi Brandon du 21 février 1935 visant à réserver l'hôpital aux indigents et aux personnes momentanément privées de ressources.

La généralisation du remboursement des frais d'hospitalisation, qui devaient à eux seuls assurer l'ensemble des ressources nécessaires aux établissements⁹⁶, renforçait le lien entre l'activité et le revenu. Mais intégré dans une administration hospitalière nationale, l'hôpital de Beaujeu perdait les restes de contrôle sur son orientation stratégique. Entre 1948 et 1960, il connut une première période de modernisation qui s'inscrivait dans le mouvement de reconstruction de la France, concentré dans le domaine hospitalier sur l'intégration des progrès médicaux faits pendant la guerre et la réponse aux besoins du grand nombre de Français qui profitait de la Sécurité sociale depuis 1946. Cette modernisation était essentielle à la vocation sanitaire affirmée de l'hôpital, la situation dans le milieu rural étant caractérisée par des « structures [...] plus que modestes, du type "Hôpital-Hospice"⁹⁷, avec un état sanitaire déplorable, lié aux mauvaises conditions de vie à domicile »⁹⁸. À Beaujeu, les grandes salles furent ainsi divisées, les services de

⁹⁴ RD, 27 juin 1956, p. 413.

⁹⁵ DOUBLET J. (1942), *Recueil des actes*, Paris, Dalloz, p. 14-15.

⁹⁶ ROCHAIX M. (1996), *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours. Contribution à l'étude des problèmes hospitaliers contemporains*, Paris, Berger-Levrault, p. 264-272.

⁹⁷ CHEVANDIER C. (2009), *L'Hôpital dans la France du 20^e siècle*, Paris, Editions Perrin.

⁹⁸ MERCIER-BOSSÉNY D. (1996), *L'hôpital local, quelle évolution ?*, Lyon, IFROSS. Mémoire pour le diplôme de maîtrise et le titre d'ingénieur maître en management des services de santé.

médecine, l'infirmierie de l'hospice et la salle des pansements refaits, la maternité déplacée, et le nombre de lits passa de 70 à 162.

En 1957, l'ouverture d'un service médical d'urgence, imposée par la circulaire ministérielle du 27 octobre 1954, montrait que la commission administrative avait perdu les rênes de l'établissement dans le domaine de l'organisation des soins. Si elle fit illusion en 1967 en demandant par la voix de son président (et maire de la ville) la fermeture de la maternité, sous les principaux arguments du manque d'accouchements pris en charge et des risques sanitaires en l'absence de médecin accoucheur, les difficultés de recrutement d'une sage-femme dans une petite ville isolée étaient sans doute la véritable raison conduisant à une décision que les autorités de tutelle auraient fini par prendre (pour les raisons invoquées par le maire)⁹⁹.

3.4 Le statut d'hôpital rural : une vocation sanitaire sans missions clairement énoncées

Il fallut attendre l'ordonnance n°58-1198 portant réforme de la législation hospitalière¹⁰⁰ en 1958 pour que le législateur distingue des « *centres hospitaliers régionaux, des centres hospitaliers, des hôpitaux ou des hôpitaux ruraux* », le classement étant « *déterminé par décret en conseil d'Etat* » en tenant « *compte notamment de leur importance, de leur équipement et de leur spécialisation* ». Beaujeu fut alors classé sous le statut des hôpitaux ruraux¹⁰¹, sans que la différenciation ou la synergie ne fut tranchée entre les activités d'hôpital (accueillant « *les malades, blessés, convalescents et femmes enceintes* » selon l'ordonnance) et d'hospice (assurant l'hébergement et les soins nécessaires, « *le cas échéant* », pour les « *vieillards, infirmes et incurables* »).

Pourtant, dans les faits, la commission ne fit plus que nager dans le sens du courant vers une certaine démedicalisation de l'activité de l'hôpital, ou plus précisément de l'intégration au sein de l'hôpital d'une activité d'accompagnement non médicalisé ou moins médicalisé des personnes âgées. Si la maison de retraite inaugurée en 1977 fut présentée comme la réalisation d'un projet ancien, elle reflétait en fait l'adaptation tardive à une réalité démographique elle aussi ancienne : bien que mentionnée pour la

⁹⁹ RD, 19 avril 1967, p. 296.

¹⁰⁰ Ordonnance N°58-1198 portant réforme de la législation hospitalière, JORF du 12 décembre 1958, page 11169

¹⁰¹ RD, 17 octobre 1959, p. 95.

première fois en 1867¹⁰², l'ouverture d'un établissement pour les personnes âgées n'avait été sérieusement étudiée qu'en 1935¹⁰³, après la transformation en hôpital-hospice qui avait marqué la perte de l'autonomie stratégique de l'hôpital.

Les dispositions spécifiques aux hôpitaux ruraux apparurent plus précisément au sein du décret du 11 décembre 1958¹⁰⁴. Son article 13 limitait leur commission administrative à quatre membres, comme pour les hospices, au lieu de huit pour les hôpitaux. Autre spécificité des hôpitaux ruraux : l'absence de commission médicale consultative, obligatoire au sein des centres hospitaliers régionaux, des centres hospitaliers et des hôpitaux. Par ailleurs, l'article 23 4° précisait qu'au sein des établissements de moins de 200 lits, le président de la commission administrative (le maire) « *nomme le personnel administratif, hospitalier et secondaire, à l'exclusion du comptable (...), exerce les fonctions d'ordonnateur, passe les marchés, soumet à la commission administrative les comptes, prix de revient et inventaire, et surveille la comptabilité deniers et la comptabilité matière de l'établissement* », alors qu'au sein des établissements de plus de 200 lits, ces fonctions devaient être exercées par « *le directeur général, le directeur, ou le directeur économiste* ». Cet article illustre le tournant managérial que connurent alors les hôpitaux au sens large, et les hôpitaux ruraux en particulier. Cette mutation était caractérisée par les exigences comptables, et par extension l'analyse et la correspondance des recettes et des dépenses. L'efficacité de l'hôpital rural se mesurait alors en terme d'efficacité des soins mais également en termes d'efficacité budgétaire, marquant le début du passage d'une conception médicale et économique à une véritable conception médico-économique des soins.

La spécificité majeure des hôpitaux ruraux était énoncée par l'article 29 du décret. Contrairement aux autres hôpitaux pour lesquels les médecins étaient nommés par le préfet après un concours, « *dans les hôpitaux ruraux, les médecins et les sages-femmes résidant dans les communes comprises dans la circonscription de l'établissement [pouvaient], sous réserve qu'ils figurent sur une liste arrêtée par le préfet (...), soigner leurs malades hospitalisés dans les services de maternité et de médecine* ». La détermination de leurs conditions de rémunération était renvoyée à un autre décret, qui fixait également leur double mission de proximité, qui perdure à ce jour : une mission sanitaire (hôpital)

¹⁰² RD, 5 janvier 1867, f. 171.

¹⁰³ RD, 15 juin 1935, f. 142.

¹⁰⁴ Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics, JORF du 12 décembre 1958, page 11169

et une vocation qu'on appellerait peut-être aujourd'hui médico-sociale (hospice). Cette double mission de proximité faisait l'objet d'une organisation médicale spécifique par rapport aux autres hôpitaux, basée sur les médecins libéraux, comme depuis plusieurs siècles.

Ainsi, l'hôpital de Beaujeu vit l'activité d'hospice, qu'on lui avait imposée à la fin des années vingt, reconnue par les textes comme une réalité nationale pour les hôpitaux ruraux. Mais la persistance d'un mode de fonctionnement ancien contribua à la construction d'une image négative de l'hôpital rural, du moins avant la loi de 1991 et la reconnaissance des hôpitaux locaux, comme « *un vestige des hospices qui n'ont pu ni évoluer ni disparaître* »¹⁰⁵.

Le décret du 6 juillet 1960¹⁰⁶ fixa pour la première fois des dispositions relatives aux spécificités du régime juridique applicable aux hôpitaux ruraux, modifiées par trois fois en 1992, 2002 et 2007. Les articles 6 à 8 du décret de 1960 énonçaient les règles applicables en matière d'honoraires des médecins libéraux autorisés. Pour les parturientes et malades payants, les médecins devaient verser une redevance « *à 10 p. 100 des honoraires que le praticien aurait perçus* » par application du tarif de la sécurité sociale (régime général) en médecine de ville, afin de participer à « *l'amélioration de l'équipement et des conditions de fonctionnement des services de l'établissement* ». Pour les autres cas, les modalités de versement reposaient sur le remplissage d'une feuille de soins par les praticiens, et la communication (« *périodiquement, et au plus tard au moment de la sortie de la personne hospitalisée* ») de celle-ci à l'ordonnateur, « *qui procède au recouvrement des honoraires* » ; après prélèvement de la redevance, « *le comptable de l'hôpital crédite, trimestriellement au moins, chaque médecin et sage-femme des sommes encaissées pour son compte* ».

Contrairement à une tradition pluriséculaire, le médecin devenait rémunéré par rapport à son activité réelle. Cela impliquait une certaine professionnalisation de l'hôpital, dans son organisation médicale et son administration. Ces exigences témoignaient d'un élargissement du périmètre gestionnaire de l'hôpital, qui se devait de gérer ses ressources médicales et les conditions de la rémunération des médecins de façon beaucoup plus fine qu'auparavant, d'abord parce que des textes légaux précis

¹⁰⁵ Rapport Colombier, 1993

¹⁰⁶ Décret N° 60-654 du 6 juillet 1960 relatif aux conditions particulières d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux ruraux, JO du 7 juillet, p. 6222

remplaçaient les contrats passés entre les médecins et l'établissement, mais aussi et surtout parce que l'activité des médecins constituait une nouvelle source de financement.

Mais le système du budget global qui remplaça les remboursements des frais d'hospitalisation en 1983¹⁰⁷ généralisa une « économie de la cueillette », dans laquelle chacun produisait de fait en fonction des ressources allouées¹⁰⁸, dont le principe général ressemblait à celui du mode de financement abandonné à la fin du 19^e siècle. Aujourd'hui encore épargné (pour peu de temps) par le développement de la tarification à l'activité (dans laquelle « tu dépenseras ce que tu auras gagné et tu gagneras ce que tu auras produit »¹⁰⁹) du fait de ses domaines d'activité, l'hôpital de Beaujeu fonctionne principalement sur enveloppes budgétaires, sans pour autant avoir reconquis son indépendance stratégique, malgré le développement récent de ces préoccupations.

3.5 De l'hôpital local à la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire : la disparition du statut comme catalyseur de l'adoption d'une gestion stratégique

La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière¹¹⁰ confirmait et renforçait le rôle sanitaire des hôpitaux en énonçant avec précision la notion de « *service public hospitalier* », mais ne reprenait pas la distinction des statuts des hôpitaux énoncée par la réforme de 1958. Ce n'est que dans le décret du 6 décembre 1972¹¹¹ que l'hôpital rural se vit réaffirmé, avec une nouvelle dénomination : « *hôpital local* ».

Après ce décret, les hôpitaux locaux avaient été définis dans le décret du 17 avril 1980¹¹², comme des unités d'hospitalisation destinées à la pratique médicale courante, auxquelles pouvaient s'adjoindre des sections de moyen et long séjour. Mais c'est la loi hospitalière de 1991 qui officialisa leur statut en tant qu'établissement public de santé,

¹⁰⁷ ROCHAIX, *op. cit.*, p. 368-369.

¹⁰⁸ CLAVERANNE J.P., PASCAL C. (2005), « T2A et gestion hospitalière. La physiologie du changement », *Gestions hospitalières*, n°449, p. 609-613.

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ La loi 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JO du 3 janvier 1971, pages 71 et suivantes

¹¹¹ Décret N°72-1078 du 6 décembre 1972, relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier en centres hospitaliers, centres de convalescence, cure ou réadaptation et unités d'hospitalisation, JORF du 7 décembre 1972 page 12626

¹¹² Décret n°80-284 du 17 avril 1980 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier

au même titre que les autres hôpitaux. Le décret du 13 novembre 1992¹¹³ énonçait trois spécificités médicales de ces établissements : ils n'exercent pas d'activité de chirurgie, d'obstétrique ou de psychiatrie, mais uniquement une activité de médecine (soins de courte durée en médecine, soins de moyenne durée de suite et de réadaptation, de longue durée avec hébergement) ; ils doivent participer aux actions de maintien à domicile ; le fonctionnement médical repose sur les médecins libéraux, autorisés « à dispenser à l'hôpital local au titre de leur activité libérale des soins de courte durée en médecine et éventuellement des soins de suite ou de longue durée »¹¹⁴. Le décret de 1992 revoyait par ailleurs les conditions de rémunération des médecins de ville en fonction de la durée du séjour, ceux-ci percevant par exemple, en médecine, « un acte par jour, les deux premières semaines ; quatre actes par semaine, au-delà de cette durée ».

A titre synthétique, les décrets de 2002 et 2007 permirent de revaloriser la rémunération des actes des professionnels libéraux – en médecine puis en soins de suite – ainsi que leur participation aux réunions institutionnelles, de recruter des praticiens hospitaliers et des assistants en soins de longue durée, médecine et pharmacie, et enfin de reconnaître la continuité des soins au sein des hôpitaux locaux et les modalités de son indemnisation.

Dans ce cadre législatif, deux figures centrales émergent au sein de l'hôpital de Beaujeu depuis la fin du 20^e siècle : le directeur et les médecins, qu'ils soient généralistes libéraux ou praticiens hospitaliers. Dans la volonté de rationalisation des politiques publiques, le directeur se doit de maîtriser les ressources et les dépenses, et d'assurer ainsi l'équilibre budgétaire de la structure (ce qu'a réussi à entreprendre la directrice actuelle au cours des dix dernières années), mais également de gérer l'activité, la production de soins et ses coûts, en collaboration avec les médecins. Ce second objectif est en cours de réalisation au sein de l'hôpital de Beaujeu, et il constitue l'enjeu fondamental des trois prochaines années, dans l'optique notamment de la mise en place de la T2A au sein des hôpitaux locaux. L'hôpital ne fait ainsi qu'adapter ses modalités de gestion et de management à la conception des soins de notre époque, une conception

¹¹³Décret N°92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), JORF n°267 du 17 novembre 1992

¹¹⁴ Le décret du 6 juillet 1960 ne mentionnait aucun élément concernant les activités de soins de suite et de soins de longue durée. Par ailleurs, les activités de soins de longue durée, activités sanitaires, ne doivent pas être confondues avec les activités d'hospice ou de maisons de retraite, activités médico-sociales.

médico-économique où la qualité de soins ne s'envisage pas sans une politique du juste coût et d'efficacité des processus de production des soins.

Les deux figures du directeur et des médecins se doivent aussi de travailler ensemble pour un intérêt commun : la vision stratégique de l'hôpital. En créant un statut unique d'établissement public de santé, la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire du 21 juillet 2009 n'implique que la disparition statutaire des hôpitaux locaux, mais le maintien de leur existence physique, leurs missions et leurs spécificités, nécessite une gestion stratégique prospective de la part du directeur, et la collaboration indispensable des médecins, en particulier sur le sujet des communautés hospitalières de territoire que la loi souhaite développer. Celles-ci peuvent constituer une opportunité mais aussi une menace pour les hôpitaux locaux. En effet, suivant la philosophie intégrative ou fédérative de leurs concepteurs, ces communautés pourraient conduire à une absorption des hôpitaux locaux par le centre hospitalier de référence, ou au contraire offrir aux hôpitaux locaux une opportunité de contribuer à la réalisation de véritables filières de prise en charge au service des patients du territoire.

Cette menace ou opportunité est très présente aujourd'hui au sein du territoire de Beaujeu, ce qui a conduit à développer fortement la dimension stratégique et prospective de la gestion de l'hôpital. S'il convient certes de répondre aux exigences et objectifs fixés par les pouvoirs publics, que ce soit au niveau de la planification régionale de l'offre ou au niveau de l'organisation des établissements (comme pour les demandes de regroupement), l'hôpital doit néanmoins assurer son devenir en essayant d'anticiper les changements, de peser sur les décisions et les réformes que décideront les autorités publiques, de s'adapter aux enjeux et mutations de l'environnement. C'est précisément ce qu'a réalisé la directrice de l'hôpital de Beaujeu en décidant le recrutement de praticiens hospitaliers, et en mettant en place une organisation adaptée pour assurer l'efficacité du fonctionnement médical mixte (médecins libéraux et praticiens hospitaliers). C'est aussi ce qui constitue l'enjeu de la démarche conduite à ce jour entre l'hôpital de Beaujeu et les intervenants de notre laboratoire, le Graphos, afin de répondre au défi majeur de l'établissement pour les trois années à venir : le maintien de l'activité sanitaire, et en priorité de l'activité de médecine.

En effet, au-delà du développement de l'activité d'hospice, l'hôpital de Beaujeu est devenu dans la seconde moitié du 20^e siècle un établissement « sanitaire et médico-

social » à destination des personnes âgées. Cette mutation correspond à la réalité actuelle des hôpitaux locaux, à savoir des établissements exerçant une activité de proximité à destination des personnes âgées, en termes de soins médicaux non spécialisés (médecine et soins de suite, soins de longue durée, hospitalisation à domicile) et d'accompagnement médico-social (hébergement des personnes âgées dépendantes, aide et soins à domicile). Dès lors, la problématique majeure de l'hôpital de Beaujeu à ce jour est devenue identique à la problématique des hôpitaux locaux au niveau national : ont-ils un avenir en tant qu'établissement sanitaire, ou deviendront-ils des établissements médico-sociaux plus proches des anciens hospices, dont l'ordonnance de 1958 disait que, « *lorsqu'ils ne reçoivent que des vieillards, [ils] sont dénommés maisons de retraite* » ?

Conclusion

Exemplaire par sa longévité et sa relative simplicité, l'histoire de l'hôpital de Beaujeu montre un élément important : les hôpitaux n'ont jamais cessé d'être gérés, dans le cadre conceptuel de l'époque considérée. L'évolution de l'établissement permet d'appréhender sur le long terme le renversement des liens entre conception des soins et gestion des revenus hospitaliers. Au cours du 19^e siècle, la conception charitable, datant du Moyen-Âge, qui impliquait que l'intégralité du revenu ordinaire soit utilisé pour l'accueil des « pauvres malades », commença à être remplacée par une conception médico-économique selon laquelle l'activité de soin de tous les malades (pauvres ou non) devait financer le fonctionnement de l'hôpital. À Beaujeu, ce bouleversement fut principalement provoqué par les crises viticoles qui grevèrent le revenu de l'établissement, et par les lois développant les systèmes de paiement des séjours par les assurances sociales. Sa principale conséquence fut donc d'ordre gestionnaire : l'activité n'existait plus seulement pour utiliser un revenu construit par une charité ambiguë, entre crainte et pitié, mais aussi, et de plus en plus, parce qu'elle finançait le fonctionnement de l'établissement. D'objectif, elle était devenue moyen.

Mais jusqu'à récemment, ce moyen ne fut pas utilisé par les administrateurs pour modifier l'orientation stratégique de leur établissement, principalement parce qu'ils étaient trop enfermés dans les préoccupations d'intendance et de gestion des domaines. Dans l'évolution nationale, ce levier fut de toute façon assez rapidement capté par l'État

qui définit les objectifs des hôpitaux par l'intermédiaire de leurs différentes tutelles. Définitivement entré dans une gestion administrative après la seconde guerre mondiale, le conseil d'administration de l'hôpital de Beaujeu ne disposait plus que d'une autonomie extrêmement limitée par rapport à celle qu'avaient connue les commissions administratives du début du 19^e siècle avant son rognage systématique par la tutelle préfectorale. La deuxième grande modernisation s'inscrit ainsi essentiellement dans le cadre du VII^e plan d'équipement (1976-1980) qui donnait, en matière sanitaire, la priorité à la suppression des salles communes et à l'humanisation des hôpitaux. Afin d'y répondre, un nouveau pavillon de médecine fut construit entre 1984 et 1985, puis une nouvelle aile pour les soins de suite et de longue durée en 1996 sur l'emplacement de bâtiments de 1846 et 1868. La réhabilitation actuelle de l'ancien bâtiment de l'hôtel-dieu de Beaujeu pour accueillir trois unités de soins destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, s'inscrit en partie dans le même schéma : l'essentiel des décisions découle plus ou moins directement des orientations fixées par les tutelles, dans ce cas les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), futures Agences régionales de santé (ARS).

Pourtant, après avoir été centrée sur la gestion des ressources médicales (la continuité de soins) et l'équilibre budgétaire (l'absence de déficit), la gestion de l'hôpital de Beaujeu s'est progressivement enrichie d'une dimension stratégique, afin de permettre la sauvegarde de l'activité sanitaire de l'établissement. En effet, de la même façon que l'activité d'hospice a été imposée à l'hôpital au début du 20^e siècle, les politiques publiques conduisent à diminuer l'activité sanitaire des hôpitaux locaux (suppression des lits de médecine ou transformation en lits de soins de suite ; transformation des lits de soins de longue durée en lits de maison de retraite). De plus, la tarification à l'activité remplacera le budget global pour les hôpitaux locaux au plus tard le 1^{er} janvier 2012. L'ensemble de ces mutations exige de focaliser la gestion sur l'activité de soins, et plus précisément sur les processus de production, leur rationalisation, et le développement de leur efficacité. C'est dans cette perspective que s'inscrit la démarche collaborative entre l'hôpital et notre laboratoire, qui vise notamment à affirmer une vision stratégique et prospective pour ne plus subir les changements comme par le passé.

La prégnance de cette conception médico-économique des soins dans la gestion actuelle de l'hôpital de Beaujeu montre que les questions gestionnaires dépendent toujours de la

conception des soins de l'époque à laquelle on les étudie. Observée avec un peu de recul, l'ouverture à la gestion, que d'aucuns voient dans la nécessité pour les établissements d'adapter et d'optimiser leur activité en fonction d'objectifs fixés par les tutelles, est bien plus ancienne que ce que l'on croit. Les hôpitaux n'ont jamais cessé d'être gérés, et leur survie pendant des siècles montre qu'ils l'ont été avec le souci progressif de l'équilibre budgétaire, et à ce jour une certaine forme d'efficacité en phase d'émergence.

Bibliographie

1. AUDIN M. (1999), *Histoire de Beaujeu. Sous le signe du Râteau*, Lyon, Histoire locale (nouvelle édition, 1^{ère} édition : 1936).
2. BARRY S. (2006), « Les établissements hospitaliers à Levroux au Moyen-Âge et durant l'ancien régime (XIe-XVIIIe siècles) », *Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux*, n°123-124, p. 41-50.
3. CHARDON L. (1995), *La vie religieuse du chapitre de Beaujeu au XVIIIe siècle*, Lyon, Université Lyon 2. Mémoire de maîtrise d'histoire.
4. CHEVANDIER C. (2009), *L'Hôpital dans la France du 20^e siècle*, Paris, Editions Perrin.
5. CLAVERANNE J.P., PASCAL C. (2005), « T2A et gestion hospitalière. La physiologie du changement », *Gestions hospitalières*, n°449, p. 609-613.
6. DOUBLET J. (1942), *Recueil des actes*, Paris, Dalloz, p. 14-15.
7. ENGEL F., KLETZ F., MOISDON J.C. (2000), *La démarche gestionnaire à l'hôpital : le PMSI. 2. La régulation du système hospitalier*, Paris, S. Arslan.
8. FAURE O. (1982), *Genèse de l'hôpital moderne : les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.
9. FAURE O. (1984), « La médecine gratuite au XIXe siècle : de la charité à l'assistance », *Histoire, économie & société*, vol. 3, n°4, p. 593-608.
10. FAURE O. (1993), *Les Français et leur médecine au XIXe siècle*, Paris, Belin, p. 121.

11. FAURE O. (1998), « La médicalisation vue par les historiens », in AÏACH P., DELANOË D., *L'Ere de la médicalisation – Ecce homo sanitas*, Paris, Economica, p. 53-68.
12. FOUCAULT M. (1994), *Naissance De La Clinique*, Paris, Presses universitaires de France, p. 17-18.
13. FRENAY C. (1980), *Histoire d'un hôpital. Hôtel-dieu de Villefranche-sur-Saône, Villefranche-en-Beaujolais*, Editions du Cuvier, p. 24.
14. GAUDILLIERE J.P. (2006), *La médecine et les sciences, XIXe-XXe siècle*, Paris, La Découverte.
15. GOUTORBE F. (1991), *Histoire médicale de quelques hôpitaux du Forez de la fin du XVIIeme siècle à 1914 : Charlieu - Feurs - Montbrison – Roanne*, Roanne, 1991, p. 12 et 117. L'hôpital de Charlieu est aujourd'hui un hôpital local de 120 lits et 44 places de soins infirmiers à domicile.
16. GRANDJEAN C. (1997), *L'Hôtel-Dieu de Belleville-sur-Saône au XVIIIe siècle*, Lyon, Université Lyon 2, 1997. Mémoire de maîtrise d'histoire.
17. GRANDVAUD C. (2002), *Histoire de l'hôpital de Beaujeu à travers son organisation administrative et son activité de soin depuis ses origines jusqu'à 1945*, Lyon, Université Lyon 1. Thèse de doctorat en médecine.
18. GUILHOT N. (2008), *L'Hôpital de Beaujeu et son domaine : neuf siècles de combat pour le soin*, Beaujeu, Hôpital local, 130 p.
19. GUTTON J.P. (1971), *La Société et les pauvres. L'exemple de la généralité de Lyon*, Paris, Les Belles Lettres, p. 215-245.
20. GUTTON J.P. (1982), « Trois derniers siècles de l'Ancien Régime », in *Histoire des hôpitaux en France*, op. cit., p. 197.
21. IMBERT J. (1982), « De la Révolution à 1941 », in *Histoire des hôpitaux en France*, op. cit., p. 300-301.
22. IMBERT J. et al. (1982), *Histoire des hôpitaux en France*, Paris, Privat.
23. LONGIN E. (1898), *Notice sur l'hôtel-dieu de Beaujeu, avec une liste des bienfaiteurs*, Beaujeu, [sn], p. 14.

24. MARET P. (1989), *Les Hôpitaux de l'Ancien Régime et leurs domaines ruraux. L'exemple de Lyon, Vienne et Condrieu*, Lyon, Université Lyon 2. Mémoire de maîtrise d'histoire.
25. MERCIER-BOSSÉNY D. (1996), *L'hôpital local, quelle évolution ?*, Lyon, IFROSS. Mémoire pour le diplôme de maîtrise et le titre d'ingénieur maître en management des services de santé.
26. MIRISKY S. (1989), *Médecins, chirurgiens et sages-femmes en Beaujolais au XVIIe et XVIIIe siècles*, Lyon, Université Lyon 2. Mémoire de maîtrise d'histoire.
27. MOLLAT M. (1982), « Moyen-Âge », in IMBERT J. (dir.), *Histoire des hôpitaux en France*, Paris, Privat, p. 109.
28. MOTTET C. (1979), *Beaujeu ville déchue au XVIIIe siècle ?*, Lyon, Université Lyon 2. Mémoire de maîtrise d'histoire.
29. RAYNAUD P., VEYRET L. (1982), « De 1941 à 1980 », in *Histoire des hôpitaux en France*, op. cit.
30. ROBERT C. (1973), *Beaujeu de 1815 à 1914 : le déclin de l'ancienne capitale du Beaujolais*, Lyon, Université Lyon 2.
31. ROCHAIX M. (1996), *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours. Contribution à l'étude des problèmes hospitaliers contemporains*, Paris, Berger-Levrault, p. 264-272.
32. SOURNIA J.C. (2004), *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte.