

L'Hôpital de l'enfance de Lausanne







Marie Tavera  
Vincent Barras

L'Hôpital de l'enfance de Lausanne  
Histoire d'une institution pionnière de la pédiatrie suisse



Hors  
série

**Publié avec l'appui de la / du**

- Fondation pour l'Hôpital de l'enfance,
- Cercle des lecteurs et des lectrices des Editions BHMS.

Que chacun trouve ici l'expression de nos vifs remerciements.

**Les Éditions BHMS publient trois séries :**

- Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé ;
- Sources en perspective ;
- Hors-série.

**Direction :**

Vincent Barras, Jacques Gasser et Brigitte Maire

**Rédaction :**

Brigitte Maire

Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique  
(CHUV & Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne),  
1, ch. des Falaises, CH-1005 Lausanne

**Email :** bhms@chuv.ch

**Site internet :** www.chuv.ch / iuhmsp / ihm\_bhms

Les Éditions BHMS portent le label  **anthropos**  
décerné par l'Université de Lausanne

**Couverture :** *L'Hospice de l'enfance dans les années 1930*, Archives de  
l'Hôpital de l'enfance de Lausanne, © Hôpital de l'enfance de Lausanne.  
Avec son aimable autorisation

**Graphisme de couverture :** François Meyer de Stadelhofen

**Maquette et mise en pages :** Brigitte Maire

**Relecture du présent volume :** Brigitte Maire et André Musso

**Numérisation des illustrations :** Martine Meyer

© 2011 Éditions BHMS, Lausanne

**ISBN** 978-2-9700640-3-9

**ISSN** 1664-9915

Imprimé en Suisse

# SOMMAIRE

## REMERCIEMENTS XI

---

### I. 1861–1912 L'HOSPICE DES PETITS LAUSANNOIS 1

L'hospice appartement: un fruit typique de la philanthropie .....	1
Introduction .....	5
L'enfant, cet être vulnérable .....	6
Les premiers hôpitaux d'enfants et l'évolution du paysage sanitaire .....	8
Philanthropie et assistance, quelques éléments de compréhension .....	11
Privé et public, des notions pas toujours distinctes .....	13
Officialiser pour mieux déménager .....	14
Le livre de comptes de l'Hospice de l'enfance ..	18
Au chevet des enfants: les diaconesses .....	22
Les premiers médecins de l'hospice .....	27
Les soins prodigués .....	28
Deux nouveaux médecins, un nouveau service .....	30
Que faire des diphtériques? .....	34
L'hospitalisation: au risque de la santé publique? .....	35

De la clinique à la formation: prémices des spécialisations .....	42
Gestation du futur bâtiment .....	44

Le don	20
Rapport sur le service du dispensaire, par le Dr Adolphe Combe, 1888	33
L'Hospice de l'enfance dans la littérature romande	35

### II. 1912–1961 MONTÉTAN : L'ÉPOQUE CLASSIQUE 47

---

Une succession, deux services .....	48
L'emménagement au chemin de Montétan .....	50
Diviser, réglementer: une nouvelle culture de la pratique médicale ...	52
Répartition des pouvoirs .....	55
Le statut de l'institution et son rapport avec l'État .....	56
La guerre, « un cruel embarras » .....	58
Développement des services .....	60
La « pédiatrisation » des soins à l'enfance .....	62
La Clinique infantile de Lausanne .....	65
Les acteurs financiers de l'Hospice de l'enfance .....	67
Prévenir la contagion: l'isolement au sein de l'hôpital, le Pavillon .....	71

Indemnités et cahier des charges des médecins de l'établissement .....	75
La création du Bercaïl .....	79
Seconde Guerre mondiale .....	84
L'après-guerre: renouvellement de l'équipement et successions .....	87
Le déclin du modèle philanthropique .....	89
Les soignants: figures traditionnelles, nouveaux professionnels .....	91

La question d'un interne: en 1892 déjà	52
Le Dr Louis Exchaquet (1879–1950)	61
L'« évidence » de la spécialisation	62
Soigner les riches ?	70
Deux enfants hospitalisés au Bercaïl à la fin des années 1950	83
Coup d'œil dans les registres du personnel	86

### III. DE L'HOSPICE À L'HÔPITAL : 1961–1992 95

Gestion, médecine et soins: nouveaux modes de gouvernance .....	96
<i>Direction administrative</i> .....	96
<i>Direction médicale</i> .....	98
<i>Direction des soins</i> .....	100
Laïcisation de l'établissement .....	100
Politique de santé vaudoise: développer, coordonner .....	101
Le Plan hospitalier vaudois .....	102
Vers l'Hôpital de l'enfance .....	103
L'explosion des charges .....	103
Santé versus social .....	104
L'Hôpital en chantier .....	106

Autour de l'Hôpital de l'enfance: un système hospitalier en pleine croissance .....	109
Promenade dans les spécialités et services de l'Hôpital de l'enfance .....	111
<i>Pédopsychiatrie</i> .....	112
<i>L'internat</i> .....	113
<i>L'externat</i> .....	114
<i>Vers la division de pédopsychiatrie</i> .....	116
<i>Chirurgie, réanimation et anesthésie</i> .....	117
<i>Radiologie</i> .....	120
<i>ORL et audiophonologie</i> .....	121
<i>Les spécialistes consultants: continuités et innovations</i> .....	123
<i>Physiothérapie</i> .....	125
<i>De la cuisine à la diététique</i> .....	126

Nouveaux enjeux de la pédiatrie .....	127
Personnel et professions .....	129
Enseignement et recherche .....	131
L'enfant hospitalisé: de la rupture à la préservation des liens .....	132
Continuité et renouvellements de la tradition philanthropique .....	138
Mission, autonomie: des notions en cours de redéfinition .....	141
Étapes vers une formule associative .....	142
Nouveaux acteurs .....	143

Tranche de vie d'un hôpital	105
Le <i>Rapport annuel</i>	122
Le prix d'un médecin	130

### IV. 1992–2011 : L'HÔPITAL DE L'ENFANCE DE LAUSANNE ET LA PÉDIATRIE VAUDOISE 145

En toile de fond : mutations de la politique  
sanitaire cantonale .....145

La collaboration en chantier: le *Livre Blanc* ... 146

Les bâtiments en chantier:  
nouvelles réalisations ..... 148

Mise sur pied de l'ensemble pédiatrique ..... 148

Évolutions récentes: morceaux choisis dans une  
dynamique foisonnante .....152

La polyclinique: centre névralgique de l'Hôpital de  
l'enfance .....156

La traumatologie de la trottinette	159
L'esprit de famille à l'Hôpital de l'enfance	160-163

**CONCLUSION :**  
**VERS UN ÉLARGISSEMENT DE L'IDENTITÉ** ..... 165

**ANNEXE 1 :**  
**LISTE DES MEMBRES DE LA DIRECTION** ..... 167

Direction générale .....167

Direction médicale .....167

Présidence du comité d'administration, devenu  
conseil de fondation .....167

**ANNEXE 2 :**  
**INDEX DES NOMS DE PERSONNE** ..... 169

**ANNEXE 3 :**  
**BIBLIOGRAPHIE** ..... 173

**ANNEXE 4 :**  
**SOURCES** ..... 177

Fonds HEL .....177

Autres sources .....179

Entretiens oraux .....179

**ANNEXE 5 :**  
**LISTE DES ABRÉVIATIONS** ..... 181

**ANNEXE 6 :**  
**CRÉDITS PHOTOGRAPHIQUES** ..... 183





# REMERCIEMENTS

Pour les entretiens oraux :

- Jacqueline de Haller-Vulliet
- Susanne Derieux
- Pierre-André Duc
- Olivier Exchaquet
- Sergio Fanconi
- Mario Gehri
- Philippe-Édouard Journot
- Nancy Mahr-Thévoz
- Roger Pauli
- Jacques Perrin
- Michel Renaud
- Marcelle Vuillème
- Christiane Wayss

Brigitte Maire, pour la réalisation de la maquette de cet Hors-série, la précision de sa relecture et sa capacité à travailler dans l'urgence.

L'ensemble des membres du comité de lecture de la Fondation de l'Hôpital de l'enfance, pour leur patience, leurs corrections et leurs suggestions

Le personnel des Archives cantonales vaudoises, pour sa disponibilité et son attention

L'Institution des diaconesses de Saint-Loup et Sœur Marianne Morel, pour les documents et renseignements gracieusement fournis

André Musso, pour son minutieux travail de relecture et de correction

Martine Meyer, pour la numérisation des documents iconographiques et sa souplesse d'adaptation



## 1861–1912 L'HOSPICE DES PETITS LAUSANNOIS

C'est dans un appartement loué à proximité de leur domicile personnel, à l'avenue de Beaulieu, qu'Aimé Steinlen et Caroline Steinlen-Germond<sup>1</sup> ouvrent l'Hospice de l'enfance de Lausanne, premier établissement du pays voué aux soins des seuls enfants. Onze lits<sup>2</sup> y ont été installés et la direction est assumée en commun par les époux fondateurs. Aimé Steinlen, très engagé dans le mouvement de renouveau protestant de l'Église libre, dispense aux jeunes patients l'enseignement religieux jusqu'à sa mort, qui survient à peine une année après la création de l'hospice. Son épouse Caroline, qui a reçu une formation de diaconesse dans l'institution fondée par son père, le pasteur Louis Germond<sup>3</sup>, reprend dès lors l'entier de la direction. Elle est secondée par deux diaconesses qui assurent le service infirmier et par une femme de ménage.

.....

<sup>1</sup> Aimé Steinlen (1821–1862) est professeur de littérature, son épouse Caroline Steinlen-Germond (?–1902) est entrée dans l'Institution des diaconesses de Saint-Loup en 1844 et l'a quittée en 1850 (archives Institution des diaconesses de Saint-Loup).

<sup>2</sup> « Nous ne [pouvons] recevoir plus de onze enfants à la fois », *RA* 1863, p. 1.

<sup>3</sup> Louis Germond (1796–1868), grande figure de l'Église libre vaudoise, pasteur et fondateur, en 1842, d'une institution de diaconesses et d'une infirmerie à Échallens, puis à Saint-Loup dès 1852.

### L'HOSPICE APPARTEMENT : UN FRUIT TYPIQUE DE LA PHILANTHROPIE

Le service médical est assuré gratuitement par l'un des médecins de la ville, selon un tournus annuel. Philippe de la Harpe et Auguste Burnier<sup>4</sup> sont parmi les premiers médecins consultants à offrir leurs services à l'hospice. Selon le vœu des fondateurs, l'établissement se destine en priorité aux enfants les plus déshérités de la région. Les tâches relevant de la gouvernance générale et de la gestion sont assurées par un comité d'administration composé de sept membres<sup>5</sup>, tandis que les questions d'intendance sont prises en main par un comité de dames. Ce mode d'organisation est typique des institutions philanthropiques du XIX<sup>e</sup> siècle. Le comité directeur, responsable des finances, rend compte de leur attribution, ainsi que de la marche de l'établissement, à l'assemblée annuelle des donateurs.

Les indigents sont admis gratuitement, sur déclaration du pasteur de leur paroisse ou sur

.....

<sup>4</sup> Philippe De la Harpe (1830–1882); Auguste Burnier (1827–1902).

<sup>5</sup> En 1864, l'acte de fondation de l'Hospice de l'enfance de Lausanne fournit la liste suivante: Eugène Renevier, Professeur; Auguste Grenier; Paul van Muyden; Georges Hochreutiner, Docteur; Jules Verrey, architecte; Jean Gottlieb Suter; Charles Gowthrope. Archives HEL.

présentation d'une attestation de pauvreté. Pour les autres patients, le prix de la pension journalière est normalement fixé à 50 centimes, mais la directrice peut l'adapter, ce qu'elle fait souvent, à la situation de la famille. Par comparaison avec les deux autres établissements hospitaliers philanthropiques lausannois, le tarif journalier se monte à 1 franc pour les enfants et 1,50 francs pour les adultes à l'Asile des Aveugles, qui existe depuis 1843, tandis qu'il est également fixé à 50 centimes à l'Hospice orthopédique inauguré en 1876. C'est avant tout au soin des petits Lausannois que l'hospice se destine, pour autant que ceux-ci soient curables et non contagieux. Cette restriction évoque d'emblée le caractère médical de la petite institution. Il ne s'agit pas d'accueillir les malades chroniques, mais bien de traiter ceux qui peuvent l'être. Conjointement, elle désigne aussitôt les limites qu'impose l'aménagement d'un hospice dans un appartement. Dès son premier rapport, le D<sup>r</sup> de la Harpe relève «qu'au point de vue purement médical, le local actuel est tout à fait insuffisant pour subvenir aux besoins les plus urgents de Lausanne et de sa banlieue, et d'ailleurs il répond fort mal au but qu'on se propose». Précaires et malcommodes, les conditions d'installation interdisent en particulier les mesures d'isolement nécessaires face au risque de contagion.

Ce souci de santé publique, qui traverse toute l'histoire hospitalière, se pose de façon particulièrement aiguë dans un établissement pour enfants, étant donné le caractère contagieux de bon nombre des affections infantiles. Selon leur gravité, celles-ci causent au minimum des complications sanitaires et organisationnelles difficilement gérables par un établissement modeste, ou menacent tout simplement la vie de l'ensemble des malades. On verra

combien cette problématique de la contagion, lisible dès l'ouverture de l'hospice dans les conditions d'admission, est épineuse et récurrente au cours de toute son histoire, changeant de visages selon l'évolution des soins, des équipements et des pathologies, mais irrémédiablement attachée à une telle entreprise.

La santé morale des jeunes patients n'est pas oubliée. Les fondateurs de l'Hospice de l'enfance revendiquent les bienfaits spirituels du séjour hospitalier, plaçant leur œuvre sous la protection divine :

À côté de ces résultats physiques, on peut en constater dans l'ordre moral de non moins intéressants. Les enfants respirent dans notre établissement une atmosphère de paix et de joie; ils apprennent à prier et à chanter les louanges du Seigneur. – En même temps que nos diaconesses travaillent au rétablissement de leur santé, elles enseignent à ces chers petits malades, appelés souvent à beaucoup de privations, la source des consolations et de la vraie richesse<sup>6</sup>.

Car l'enjeu n'est pas exclusivement sanitaire, la création du nouvel établissement est portée par l'élan du Réveil protestant, qui prévaut à la fondation de nombreux comités, commissions, infirmeries ou autres orphelinats issus de ce vaste mouvement philanthropique. L'Église libre enjoint ses membres à s'impliquer dans la vie sociale, à soulager le malheur des déshérités et à les soutenir par une éducation morale et religieuse. Cet enjeu est d'autant plus marqué dans le cas d'une œuvre destinée aux enfants, qu'il importe de pouvoir soustraire à des «familles où règnent l'égoïsme et l'irréligion [...]». Quand ils auraient, sous le rapport

• • • • •

<sup>6</sup> Rapport de Samuel Rochat, Président du comité, RA 1868, pp. 4-5.

moral et religieux, tout ce qui est nécessaire, encore faut-il qu'ils aient des maisons saines<sup>7</sup>».

Si la confession de l'enfant ou de sa famille n'entre pas en ligne de compte pour l'admission à l'Hospice de l'enfance, la vie quotidienne des enfants est rythmée par la prière. La séparation d'avec les parents, le milieu, tient une place importante dans l'intention des fondateurs de l'hospice, tant pour des raisons sanitaires, hygiéniques, que dans la perspective d'un enseignement des valeurs chrétiennes qui rejaillira éventuellement sur la famille toute entière. Enfin, lorsque les limites de l'action médicale sont atteintes, du moins l'enfant aura-t-il pu, au cours de son séjour, élever et peut-être sauver son âme :

Nous noterons ici le séjour dans l'hospice, d'un petit malade, atteint du typhus, H. D., âgé de 12 ans, qui, à son entrée dans la maison, était d'un caractère très difficile et mécontent, qu'il fallait sans doute attribuer à son état maladif; il apprit bientôt à goûter les bienfaits de la patience, même dans ses moments de souffrance les plus pénibles, on l'a vu, demandant à partager telle « douceur » avec ses petits compagnons d'infortune. Le mal augmentant, son corps ne présentait plus qu'une immense plaie, qui interdisait au pauvre petit malade, jusqu'au moindre mouvement! Mais il y avait plus; avec ce corps qui s'affaiblissait toujours davantage, une âme se développait de jour en jour, prenant d'autant plus de forces que le corps en perdait; pas une plainte ne se faisait entendre; son seul désir était de moins souffrir! Le petit malade entrevoyait le moment où ses souffrances allaient avoir un terme... six mois après son entrée au petit hospice, son âme prit son essor vers les demeures éternelles<sup>8</sup>.

Dans la majorité des cas, le séjour hospitalier s'échelonne entre un mois et deux ans, mais il arrive aussi que les patients ne restent qu'une douzaine de jours pour le traitement de certaines affections aiguës, telles qu'une ophtalmie, une diarrhée, un abcès. Sur les 13 enfants admis du 25 octobre au 20 décembre 1861, les premiers, deux garçons âgés de 10 et 2 ans, passent respectivement 8 et 6 mois dans l'appartement de l'avenue de Beaulieu. L'un est traité pour un cas de carie scrofule, l'autre pour rachitisme. Le séjour des autres patients de cette année inaugurale demeure en-deçà d'une durée de 3 mois. La plus jeune malade, Louise, n'a que 13 mois et le registre d'entrée ne précise pas son mal, l'enfant ayant été reprise par ses parents au bout de 2 jours. L'aînée, Lydie, a 12 ans et quitte l'hospice guérie d'une fièvre typhoïde. Le nombre d'admission croît rapidement: 57 enfants admis en 1862, le double dès 1868, avec 140 malades, presque tous domiciliés à Lausanne, exception faite de quelques enfants amenés d'Yverdon, de Buchillon ou de Prilly.

Ces longs séjours sont mis à profit pour inculquer aux petits patients quelques rudiments de scolarité, dispensés par la directrice. C'est également elle qui conduit les prières et le catéchisme, avec l'appui des aumôniers qui visitent l'établissement. Ainsi les soins du corps, un régime revigorant et le baume de l'âme que constitue la religion contribuent-ils à ce que l'enfant recouvre une santé tant physique que morale.

Une autre caractéristique de l'histoire de l'établissement est immédiatement à l'œuvre: dès ses débuts, l'hospice s'insère dans un réseau médico-sanitaire. L'expression est anachronique, mais elle reflète une indéniable réalité. Les médecins qui se

<sup>7</sup> Discours du pasteur Louis Germond à l'occasion de l'inauguration du nouveau bâtiment de l'Hospice de l'enfance le mardi 16 mai 1865, *Gazette de Lausanne*, 19 mai 1865.

<sup>8</sup> RA 1875, pp. 8–9.

1861 et 1862.

ENTRÉE.	SORTIE.	SÉJOUR	MALADIE.	RÉSULTAT.	OBSERVATIONS.
25 Oct. 1861	25 Juin 1862	8 mois.	Carin. Scroph. lca	Bien amélioré.	plus
25 Octob.	28 Avril.	6 mois 2 j.	Rachitisme	Amélioré.	
1 <sup>er</sup> Novembre	27 Dec. 1861	57 jours	Fréquentité	Guéri.	
4 Novembre	17 Janvier 62	2 mois 13 j.	Péricardite	Guéri.	
4 Novembre	1 <sup>er</sup> Février	2 mois 27 j.	Dumour blanc de l'oreille.	Amélioré.	i
13 Novembre	7 Octob. 62	1 an 8 2/3 j.	Rachitisme	Amélioré	
16 Novembre	28 Novemb.	5 jours	Fèvre typhoïde	Guéri.	
16 Novembre	17 Janvier 1862	2 mois 1 j.	Fèvre typhoïde	Guéri.	
18 Novembre	20 Nov. 1861	2 jours	—	—	Requis par les parents.
4 Decemb.	16 Decemb.	12 jours	Ophthalmie	Guéri.	
16 Decemb.	18 Mars 1862	2 mois 29 j.	Dentition	Guéri.	
18 Decemb.	11 Mars	2 mois 24 j.	Ophthalmie	Guéri.	
20 Decemb.	17 Mars	2 mois 27 j.	Éryth.	Guéri.	
13 Janvier 1862	17 Février	1 mois 4 j.	Éryth.	Guéri.	
23 Janv.	24 Mars	2 mois 1 j.	Conjonctivite herpétique	Guéri.	
31 Janvier	2 Février 1863	1 an 7 j.	Rachitisme	Bien amélioré	
12 Février	7 Avril	1 mois 25 j.	Débilité générale	Sans changement.	
14 Février	30 Mars	3 mois 16 j.	Affection du cœur	Amélioré.	
17 Février	7 Mars	18 jours	Scarfoles	Ame. l'ore.	Remise.

Premier registre d'entrée des patients

relaient au chevet des jeunes patients sont des praticiens privés, souvent consultants dans d’autres établissements, comme Philippe de la Harpe qui remplace régulièrement son père, le D<sup>r</sup> Jean de la Harpe, médecin de l’Hôpital cantonal de Lausanne et membre du Conseil de Santé. « Il aurait pu même lui succéder, mais le vent était aux mutations, et sa boussole lui donna pour direction générale d’éviter les écueils des services publics. » Philippe de la Harpe s’est formé à Berne, où il a obtenu son doctorat de médecine, avant de se rendre dans différentes capitales européennes et, finalement, de revenir exercer à Lausanne. « En quelque sorte né médecin », sa clientèle privée et sa participation à la première Commission médicale suisse lui laissent néanmoins le temps de s’adonner à sa passion pour la géologie, les pachydermes et la flore tertiaire<sup>9</sup>. Auguste Burnier est également le fils d’un médecin, le D<sup>r</sup> Henri Burnier, qui pratique à Lausanne<sup>10</sup>.

Bien que très informelle et liée avant tout aux relations interpersonnelles des intervenants, une relative circulation des compétences s’instaure. Par ailleurs, l’hospice collabore immédiatement avec les autres institutions de soins de la ville, accueillant par exemple trois enfants malades des yeux que l’Asile des aveugles lui adresse, faute de place disponible, en 1863. Plus exceptionnellement, un patient pourra être envoyé d’un canton voisin, comme dans le cas d’un petit garçon admis en juin 1865 sur recommandation du médecin genevois

Adolphe Butini<sup>11</sup>, qui offrira l’année suivante 500 francs à l’hospice.

## INTRODUCTION

Ce décor brossé à grands traits ouvre dès maintenant quelques pistes dont on verra qu’elles traversent toute l’histoire de l’Hospice, puis de l’Hôpital de l’enfance. Quel est le statut de l’enfant ? Pourquoi et comment une approche spécifique des soins infantiles se met-elle en place, évoluant vers la spécialité pédiatrique ? Quel est le profil de celles et ceux qui, de 1861 à nos jours, entourent ces jeunes patients de leur attention et de leurs compétences ? À quoi ressemble l’établissement qui les reçoit et dans quel type de paysage hospitalier s’insère-t-il ? Combien coûtent le séjour et les soins procurés à un enfant ? Qui fournit les ressources permettant d’assumer ces dépenses ? Entre santé publique et fondation privée, quelles relations une telle institution entretient-elle avec l’État, l’Université, l’Hôpital cantonal, les autorités communales, cantonales ou fédérales ? Par qui et selon quelle politique est-elle administrée ? En quoi se distingue-t-elle d’institutions analogues et peut-on dégager quelques moments forts d’une histoire qui restera toujours forcément partielle ?

Comme toute institution, un hôpital est un microcosme inscrit à l’intérieur d’un macrocosme culturel, social, politique et économique. Son histoire est faite de mille détails où cohabitent la durée de vie d’une table d’opération, la visite d’un ancien

<sup>9</sup> Marcel 1882 ; Morax 1899, p. 180.

<sup>10</sup> Auguste Burnier est en outre capitaine à l’état-major sanitaire, ainsi que chef d’ambulance durant la guerre de 1870. ACV, dossier ATS.

<sup>11</sup> Adolphe Butini (1792–1877), médecin fortement impliqué dans la philanthropie hospitalière romande et grand ami de Louis Germond.

malade pour la fête de Noël, la quantité de sérum ou de litres de lait à commander aux fournisseurs, l'achat d'un terrain ou la création d'un poste de laborantine. Anecdote en elle-même, cette dentelle peut nous donner à voir les logiques qui l'animent et, partant, à mieux comprendre comment certains enjeux d'hier éclairent ceux d'aujourd'hui, alors que l'Hôpital de l'enfance de Lausanne vit une nouvelle saison de mue et que son identité se trouve réinterrogée. En plein travail de continuation en même temps que de réinvention de lui-même, cet établissement célèbre aujourd'hui le 150<sup>e</sup> anniversaire de sa fondation, quand onze matelas remplis de paille de feuilles de maïs s'apprêtaient à recevoir leurs premiers malades.

## L'ENFANT, CET ÊTRE VULNÉRABLE

Ces lits désormais réservés aux soins des petits Lausannois sont évidemment issus de l'initiative particulière et repérable de quelques personnalités, mais également de l'évolution du contexte global. Une foule d'œuvres philanthropiques voit le jour au cours des dernières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle, jetant les bases de l'assistance sociale que nous connaissons aujourd'hui. Infirmes, orphelins, écoles et bourses d'études, premières moutures des caisses de secours pour les travailleurs malades ou trop âgés, autant de structures à peu près contemporaines, édifiées dans le sillage d'un renouveau des valeurs chrétiennes que le grand vent de la Révolution française n'est pas sans avoir effleurées. C'est dans ce contexte de médicalisation des anciens hospices publics et de fort développement des œuvres caritatives qu'émerge peu à peu la figure de l'enfant, aux



La Mère heureuse, Couverture de *L'Illustré*, 9 mai 1935

côtés de celles de la mère, du vieillard, de l'infirme et de l'aliéné. Protéger, éduquer, redresser sont les maîtres-mots de ce mouvement de réorganisation de l'assistance, où pouvoirs publics et initiatives privées se côtoient souvent, de façon formelle ou informelle.

Face au funeste cortège accolé à l'urbanisation et à la pauvreté – mendicité, abandons d'enfants, alcoolisme, irrégion etc. –, l'enfant représente, par sa vulnérabilité même, l'image d'Épinal de la victime innocente. « De tous les âges, l'enfance est

celui qui doit provoquer en premier lieu la charité publique ou privée, car elle est innocente de l’état de dénuement dans lequel elle se trouve [...]. S’il souffre c’est d’une situation qu’il n’a pas créée, il est la victime des vices ou des malheurs de ses parents. Cette assistance appartient, du reste, plutôt au domaine de l’hygiène sociale, comme on l’a dit avec raison, qu’à celui de la charité. En s’occupant de l’enfant, en soutenant ses premiers pas dans la vie, en le plaçant dans un milieu sain, on fait œuvre de préservation morale», écrit en 1901 Théodore Secretan<sup>12</sup>. Il s’agit donc autant, voire davantage, de prévenir que de guérir, et l’enfant est à ce titre le rouage essentiel puisque, de victime innocente, il pourrait se muer en prochain bourreau de la salubrité sociale et morale :

Que d’enfants qui ont apporté au monde, comme un héritage maudit, les germes des plus funestes des maladies et des vices les plus dégradants<sup>13</sup>!

On notera au passage combien l’argumentaire de Secretan est empreint de vocabulaire médical, ce qui est typique du discours hygiéniste de son époque.

De l’autre côté de l’Atlantique, Francis Brown, médecin fondateur du Children’s Hospital de Boston ouvert en 1869, tient un discours comparable, dans lequel la dimension patriotique du soin des enfants considérés en tant que futurs membres de la société américaine apparaît plus clairement encore :

Du fait de leur nourriture pauvre et insuffisante, du défaut de soin pour leur propreté et de protection

contre les intempéries, de leurs logements malsains, du manque d’air et de soleil, ainsi que de saine moralité dans la famille, de gentillesse et d’affection, [les enfants] développent une condition de vitalité réduite qui fait d’eux des proies aisées de la maladie. À cette considération, il faut ajouter que tout philanthrope aux larges vues sait que ces enfants sont les futurs membres de la société, et que l’esprit sain du citoyen futur dépend largement d’un corps sain<sup>14</sup>.

L’Hospice de l’enfance répond à ce souci nouveau d’isolement et de protection des enfants, dont le statut change peu à peu. Depuis le début du siècle, certains médecins soulignent les particularités de la médecine des enfants, de leurs maladies et des traitements qui conviennent à leur jeune âge. Les risques de propagation des nombreuses maladies infectieuses infantiles aux autres malades sont par ailleurs toujours plus vivement dénoncés, légitimant la séparation des patients les plus jeunes. Parallèlement, la concentration d’enfants malades a la fâcheuse réputation de favoriser le développement des maladies miasmatiques, selon la terminologie qui prévaut alors. « On sait combien la réunion de plusieurs enfants dans de mêmes salles, leur est dangereuse<sup>15</sup>. » La contamination est donc au cœur

<sup>14</sup> Francis Brown, « The Children’s Hospital, *Medical and Surgical Report of the Children’s Hospital, 1867–1894*, Boston, 1894, p. 4, cité par Halpern 1988, pp. 40–41 : « From their insufficient and poor food, the want of care for their cleanliness, and protection from the weather, their unsanitary abodes, the want of air and sunshine, equally the want of healthy moral tone in the family, of kindness and affection, develop a condition of depressed vitality which renders them easily the prey of disease. To this consideration is to be added the thought of every farseeing philanthropist, that these children are the future members of society, and that the sound mind of the coming citizen depends largely on a sound body. »

<sup>15</sup> Nacquart, « Infection », *Dictionnaire des sciences médicales : par une société de médecins et de chirurgiens*, 62 vol., C.L.F. Panckouke, 1812–1822, t. 24, p. 452, cité par Rieder 2001, p. 32.

<sup>12</sup> Théodore Secretan (1842–1901), pasteur et directeur de l’Asile des aveugles de Lausanne de 1886 à sa mort. Secretan 1901.

<sup>13</sup> *Id.*, p. 339.

des débats sur les soins à l'enfance, tandis que le mauvais exemple que pourrait inspirer aux enfants la promiscuité avec les malades adultes évoque, en parallèle, un risque de contagion morale<sup>16</sup>. La pédiatrie n'existe pas encore, le mot même est anachronique et n'entrera dans le vocabulaire qu'en 1872<sup>17</sup>. En 1868 cependant, François Joël, premier médecin attiré de l'Hospice de l'enfance, explique à ses confrères en quoi l'enfant requiert une adaptation spécifique de la pratique médicale :

Je suis de ceux qui pensent que le traitement des enfants exige des conditions particulières; ses maladies aiguës et éruptives ont un cachet tout spécial; le caractère des enfants, ses impatiences, la difficulté de comprendre ses besoins et ses souffrances, demandent une douceur, une perspicacité, une attention et en même temps une fermeté qui ne sont point l'apanage de toutes les gardes-malades<sup>18</sup>.

## LES PREMIERS HÔPITAUX D'ENFANTS ET L'ÉVOLUTION DU PAYSAGE SANITAIRE

En Europe, seules quelques capitales offrent des structures hospitalières destinées aux enfants. Vienne a fondé son *Kinderkrankeninstitut* en 1788; l'Hôpital des enfants malades de Paris ouvre en 1802 et la Royal Infirmary for Children de Londres en 1816. C'est dans ces établissements que vont se former les premiers pédiatres helvétiques, comme Frédéric Rillet, revenu de Paris en 1840 pour ouvrir son propre cabinet et devenir le médecin genevois de référence pour tous les cas difficiles de maladie infantile.

<sup>16</sup> Rieder 2001, pp. 33-34.

<sup>17</sup> Rey 1992.

<sup>18</sup> Joël 1869, p. 105.

En Suisse, en l'espace de treize ans, quatre établissements réservés aux enfants malades sont créés: après celui de Lausanne, le Kinderspital de Bâle ouvre ses portes en 1862 et celui de Zurich en 1874. Entre-temps, à Genève, l'Hôpital des enfants de Plainpalais, également appelé Maison Gourgas,



Diaconesses devant la Maison Gourgas, Genève, au début du xx<sup>e</sup> siècle

s'est ouvert dans le bâtiment d'un ancien laboratoire de recherches scientifiques, offert au comité par ses propriétaires. Quarante lits y sont répartis en deux salles, auxquelles s'ajoute un local situé à l'entrée, prévu pour les cas d'isolement. Le matin, le Dr André Duval<sup>19</sup> vient bénévolement surveiller l'état de santé des enfants, admis jusqu'à leur treizième année. Comme à l'Hospice de l'enfance de Lausanne, aucune distinction de religion ou de nationalité ne conditionne une hospitalisation, dont le prix de pension est fixé à 1,30 francs. M<sup>lle</sup> Verner,

<sup>19</sup> Pétavel 1873. André Duval (1828-1887), médecin-chef de la Maison Gourgas de 1872 à 1885, fondateur de la Société protectrice de l'enfance et de l'Union nationale évangélique.

fondatrice et directrice de l’établissement, a ramené de Paris une grande partie du matériel de l’ambulance dont elle a été responsable durant le siège de la capitale française.

À Lausanne, au moment où l’appartement de Beaulieu reçoit ses premiers patients, le temps n’est pas si éloigné où les détenus, les vagabonds et les aliénés partageaient le Grand Hôpital avec les malades. Fondé en 1768, celui-ci est conçu dans la droite ligne de la double tradition d’accueil et d’enfermement qui caractérise les hôpitaux urbains de l’Ancien Régime. En 1806, il passe aux mains des autorités cantonales, qui y placent de plus en plus de malades. Depuis la loi sanitaire vaudoise de 1810 – la première du canton –, la séparation des incurables, des aliénés et des malades curables, a été adoptée. Le processus de médicalisation de l’établissement commence alors, avec l’évacuation progressive des diverses catégories de population non malade vers de nouvelles institutions, créées dans un contexte de réorganisation globale de l’assistance<sup>20</sup>. En 1845, le déménagement des derniers prisonniers vers Béthusy permet d’installer quatre lits destinés aux femmes en couches<sup>21</sup>, mais aucune salle n’est réservée aux enfants, logés avec les adultes en salle commune. L’État assume une part des frais pour l’hospitalisation des plus pauvres, les autres paient une pension modeste. À partir des années 1840, une moyenne d’un peu plus de deux mille malades par an reçoivent des soins dans l’une des deux divisions – médecine et chirurgie – d’un établissement chroniquement surchargé. Le contrôle de cette unique institution publique de soins, ainsi que de l’Asile

d’aliénés et de la prison, relève de la Commission des Secours publics, nommée par le Conseil d’État et rattachée au Département de l’intérieur, qui gère les affaires sanitaires. Ce département reste au second plan du paysage politique, le Conseil d’État estimant que la centralisation des patients pauvres dans l’hôpital de la ville doit suffire aux besoins<sup>22</sup>.

Deux éléments vont converger pour modifier la donne en matière de politique sanitaire: le 15 décembre 1861, le canton de Vaud se dote d’une nouvelle constitution entraînant une réorganisation générale de l’administration publique. Le nombre des départements passe de 4 à 7 et leurs responsabilités respectives sont redessinées dans les années suivantes. Le pouvoir administratif du Département de l’intérieur est renforcé et un Service des Secours Publics remplace l’ancienne Commission des Secours publics pour l’administration des établissements hospitaliers cantonaux. Leur surveillance est confiée à un Conseil de Santé, présidé par le chef du Département de l’intérieur. Par ailleurs, entre 1866 à 1885, les radicaux, devenus majoritaires au gouvernement vaudois, font de la prévoyance sociale, de la médecine hospitalière et de la santé publique les fers de lance de leur programme politique. En réponse à la surcharge chronique de l’Hôpital cantonal, l’État élargit son plan d’action en intégrant les infirmeries philanthropiques locales et en favorisant le développement de structures hospitalières<sup>23</sup>.

Dès 1866, une commission échafaude divers plans de transformation, mais face à l’affluence toujours croissante des malades, le Conseil d’État

<sup>20</sup> Lacharme & Barras 2002.

<sup>21</sup> Donzé 2003, pp. 53 et ss; pp. 70 et ss.

<sup>22</sup> Donzé 2007, pp. 226 et ss.

<sup>23</sup> Donzé 2007, p. 229; Coutaz 2006, pp. 9 et 15.

du canton de Vaud décide en 1874 d'édifier un nouveau bâtiment, conçu dans une optique clairement médicale. En 1875, la loi sur les infirmeries entérine le principe d'une participation publique aux frais d'entretien des patients n'ayant pu être admis à l'Hôpital cantonal, permettant à la fois de décharger celui-ci, qui ne parvient pas à subvenir à la demande, et de soulager les finances des établissements privés sans pour autant menacer leur autonomie. La même loi introduit en outre un subside de 10% aux coûts de construction et de transformation. L'État utilise ainsi les ressources de la **philanthropie hospitalière** pour pallier les lacunes de l'offre publique en matière d'équipement et de disponibilité, mais développe en contrepartie son concours aux frais d'exploitation et d'agrandissement des structures indépendantes.

Après quelques années de gestation, le projet de construction d'un nouvel hôpital public prend forme. À partir de l'ouverture du nouvel Hôpital cantonal du Bugnon en 1883, et plus encore de celle de la Faculté de médecine, qui lie son sort à cet établissement dès sa création en 1890<sup>24</sup>, la triade des hôpitaux philanthropiques de Lausanne devra compter avec ce nouveau partenaire. Sa capacité totale est de 470 lits, répartis entre les services de médecine et de chirurgie, respectivement confiés à deux médecins chacun. Il compte également une maternité, où sont formées les futures sages-femmes. Le service infirmier est confié aux diaconesses de Saint-Loup, tandis que celles de Berne sont au chevet des patients genevois depuis 1856, date d'ouverture du nouvel Hôpital cantonal de Genève. 18 lits d'enfants y ont été prévus, 8 en médecine et 10 en chirurgie,

• • • • •  
<sup>24</sup> Donzé 2003, pp. 73-79.

sur un total de 227 lits. Adolphe D'Espine<sup>25</sup>, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Genève, complète l'éventail des soins infantiles



Hôpital cantonal, façade sud, aile est, 1900–1910

• • • • •  
<sup>25</sup> Adolphe D'Espine (1846–1930), médecin-adjoint à la Clinique médicale de l'Hôpital cantonal de Genève de 1882 à 1886 et créateur d'un Dispensaire pour enfants en 1880, est également l'un des grands promoteurs de l'ouverture d'une chaire dédiée à l'enseignement des maladies des enfants. À partir de 1881, il assure un cours libre de clinique infantile, seule option autorisée par la Faculté de Genève où une chaire de pédiatrie ne sera créée qu'en 1908. Rieder 2001, pp. 36 et ss.

avec la création, en 1880, d’un « dispensaire pour les maladies des enfants », dû à l’initiative privée.

À Lausanne comme à Genève, le rattachement des deux nouveaux établissements aux facultés de médecine de leur canton respectif – en 1876 à Genève; en 1890 à Lausanne – donne une impulsion décisive à la médicalisation hospitalière, et plusieurs spécialités se constituent en services avant la fin du siècle, comme c’est le cas à Lausanne pour la pédiatrie à partir de 1898. Enfin, l’ouverture de la polyclinique universitaire de Genève en 1876 et du Dispensaire central de la Place Pépinet, à Lausanne en 1892, font partie des outils de pratique et de diffusion d’une médecine sociale et préventive qui prend un essor considérable au tournant du siècle<sup>26</sup>.

## PHILANTHROPIE ET ASSISTANCE, QUELQUES ÉLÉMENTS DE COMPRÉHENSION

Dans la réédition de son *Annuaire philanthropique vaudois*, datant de 1895<sup>27</sup>, le pasteur Victor Segond consacre un chapitre particulier aux « Secours à certaines catégories de malades », dont l’énumération illustre parfaitement l’émergence d’une médecine sociale qui classe les « fragiles » de la société :

Femmes, enfants, aveugles, aliénés, épileptiques, idiots, poitrinaires, infirmités diverses, victimes d’accidents [...].

On trouve notamment nombre d’établissements pour personnes convalescentes, rachitiques, anémiques ou phtisiques. Généralement situés en

montagne et n’ouvrant qu’à la belle saison, certains accueillent également les enfants, tels que l’Asile pour jeunes filles de Saint-Cergue ou la Maison pour convalescentes de Gilly. Un an avant l’ouverture de l’Hospice de l’enfance de Lausanne, le pasteur Louis Germond fonde à Ferreyres un Asile des enfants, déplacé à Saint-Loup en 1865.

Ce petit établissement se destine aux patients chétifs, scrofuleux ou rachitiques, à l’exclusion des teigneux et galeux, et relève plus de la catégorie des pensions que des établissements hospitaliers. Il n’est ouvert que du 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> octobre et la finance d’entrée se monte à 35 francs pour la demi-saison. Dans le canton de Genève, les maisons de Colovrex, à Bellevue, et de Tournay, à Vandœuvres, admettent également les enfants. Pourvues d’une vingtaine de lits en moyenne, ces pensions privées, que le médecin local visite régulièrement, inaugurent la prochaine floraison des cliniques et sanatoria privés, qui ouvriront tout au long de la Riviera et au sein des massifs alpins dès les dernières années du XIX<sup>e</sup> siècle. D’autres établissements se consacrent au vaste ensemble des « maladies du système nerveux » (nervosité, idiotisme, épilepsie, voire alcoolisme) et sont dirigées par des médecins. L’Asile de l’Espérance, fondé en 1872 à Étoy, compte parmi ceux qui reçoivent surtout les enfants, auxquels un enseignement basé sur « les principes du christianisme évangélique » est prodigué.

Cet élan caritatif est largement redevable à quelques figures éminentes de médecins philanthropes, souvent à l’origine de la fondation des établissements de soins, comme on l’a vu avec la Maison Gourgas et le D<sup>r</sup> Duval, par ailleurs fondateur de la Société protectrice de l’enfance. À Lausanne, la fondation de l’Asile des aveugles est

<sup>26</sup> Donzé 2003, p. 76.

<sup>27</sup> Segond 1895, pp. 82-83.

aussi due à l'initiative d'un médecin, le D<sup>r</sup> Frédéric Recordon<sup>28</sup>, chef du Service sanitaire au moment de la création de l'Hospice de l'enfance. Le D<sup>r</sup> Adolphe Butini est une autre figure représentative de cette implication des médecins dans le mouvement philanthropique. Lorsque son ami, le pasteur Louis Germond, est contraint de quitter Échallens, où il avait fondé la première maison de diaconesses en 1842, c'est grâce à la fortune de Butini que le bâtiment de Saint-Loup devient le nouveau foyer des diaconesses de Romandie. La philanthropie des médecins s'exerce donc soit par le biais d'un soutien financier soit par celui de l'exercice bénévole de leur savoir-faire, comme dans le cas des soins donnés à l'Hospice de l'enfance. Parallèle et complémentaire à la pratique de la philanthropie par les comités de notables, cette tradition est également l'expression d'un statut social. En outre, les médecins qui offrent leur temps à un établissement y acquièrent de nouvelles compétences, qu'ils mettront à profit dans le cadre de leur pratique privée. Le D<sup>r</sup> Adolphe Combe, dont il sera question plus loin et qui incarne toute une époque de la pédiatrie vaudoise, a forgé ses premières armes en assurant le service du dispensaire ouvert par l'Hospice de l'enfance à partir de 1888<sup>29</sup>.

Du côté de l'assistance strictement sociale, de nombreuses œuvres agissent directement sur le terrain. Pour les « femmes en couches de la classe pauvre, légitimement mariées » de Lausanne, la Société maternelle distribue depuis 1830 une layette

• • • • •  
<sup>28</sup> Frédéric Recordon (1811–1889), premier médecin de l'Asile des aveugles, de 1843 à 1880, professeur d'ophtalmologie à l'Académie de 1862 à 1874. Donzé 2003, p. 108.

<sup>29</sup> Voir chapitre 2. Halpern 1988, pp. 40 et ss. relève la même dynamique dans l'exercice de la médecine philanthropique aux États-Unis, avec la double caractéristique d'expression du statut social et d'apprentissage clinique.

et du bouillon durant dix jours, seulement à partir du second enfant. De nombreuses crèches, « classes gardiennes », cuisines scolaires ou colonies de vacances sont également ouvertes dans l'élan philanthropique du XIX<sup>e</sup> siècle. Ainsi, à Berne, où s'est créée dès 1795 une des plus anciennes associations d'assistance aux pauvres de la ville, la direction de l'Asile des pauvres, ouvert en 1811, crée plusieurs crèches permettant aux parents ouvriers de confier leur enfant le temps d'aller gagner de quoi les nourrir<sup>30</sup>. Le canton de Neuchâtel connaît quant à lui deux grandes vagues de création d'orphelinats, une première entre 1815 et 1820, une seconde à partir de 1860, tandis que c'est surtout à la fin du siècle que se développent les colonies de vacances<sup>31</sup>. À Zurich, la Société pour l'enfance abandonnée existe depuis 1865, tandis qu'en 1892 une commission de surveillance de l'enfance abandonnée est créée à Genève. Ces œuvres de bienfaisance sont le fruit de la philanthropie du



Colonie de vacances dans le canton de Berne, fin du XIX<sup>e</sup> siècle

• • • • •  
<sup>30</sup> Secretan 1901, p. 336.

<sup>31</sup> Christ 1997, p. 28.

xix<sup>e</sup> siècle, qui marche main dans la main avec les divers mouvements d’hygiène sociale. Trop dense pour être détaillé ici, ce réseau institutionnel caritatif a « déjà sauvé des centaines et des milliers d’enfants de la ruine physique et morale<sup>32</sup> », comme l’affirme Théodore Secretan en 1901.

### PRIVÉ ET PUBLIC, DES NOTIONS PAS TOUJOURS DISTINCTES

Quitte à enfoncer une porte ouverte, il convient de rappeler au lecteur contemporain à quel point ces structures d’assistance sociale et médicale dépendent des fonds privés et revendiquent farouchement leur indépendance. Exception faite des lourdes structures hospitalières héritées de l’Ancien-Régime et reprises par les cantons disposant de ce legs, il n’existe aucun établissement médical dépendant de l’État. Culturellement et politiquement parlant, l’assistance appartient à la sphère caritative privée. Ce développement de la philanthropie est profondément ancré dans le terreau d’un renouveau religieux qui met au premier plan la responsabilité morale et privée de chacun face à la pauvreté et au risque de déréliction sociale qu’elle entraîne. Son corollaire est souvent un anti-radicalisme marqué, fondé sur la conviction que la « charité légale », c’est-à-dire l’assistance publique, encourage le pauvre à devenir un professionnel de la mendicité au lieu de se prendre en charge<sup>33</sup>. Les grands noms de la philanthropie, en pays romand comme ailleurs, proviennent généralement des milieux conservateurs

et des professions libérales: avocats, médecins, juristes, architectes ou banquiers se partagent les sièges des comités d’administration des établissements philanthropiques. Enfin, tout un chacun est invité à contribuer, dans la mesure de ses moyens, à un effort qui lui sera bientôt rendu puisque, comme l’indique la devise inscrite sur le tronc de l’Hospice de l’enfance:

Celui qui donne aux pauvres prête à l’Éternel<sup>34</sup>.

Fondé et dirigé par des particuliers, administré par un comité de notables locaux, financé par des fonds privés, l’Hospice de l’enfance de Lausanne est représentatif de ces institutions philanthropiques du xix<sup>e</sup> siècle. Il faut néanmoins nuancer l’opposition traditionnelle entre bienfaisance privée et gestion publique: l’engagement de l’État dans les structures et modalités d’assistance, bien que moins visible qu’au siècle suivant, n’est pas pour autant absent des œuvres d’assistance développées par la bienfaisance privée. Peu présent sur le terrain du financement des structures hospitalières avant les dernières années du xix<sup>e</sup> siècle – à l’exception des hôpitaux cantonaux –, il peut s’impliquer dans le soutien financier d’un établissement par le reversement de legs, par des dons ponctuels ou par l’absorption d’un déficit d’exploitation<sup>35</sup>. L’exonération d’impôt constitue une autre mesure de soutien étatique très précieuse pour les petits établissements. En témoigne la demande que fait en ce sens le comité de l’Hospice de l’enfance suite à une modification de la loi intervenue en 1886 et qui remet en cause l’exemption dont il jouissait jusqu’alors<sup>36</sup>. Au

<sup>32</sup> Secretan 1901, p. 340.

<sup>33</sup> Pitteloud 1988.

<sup>34</sup> RA 1867, p. 9.

<sup>35</sup> Ces éléments de réflexion sont empruntés à Christ 1997.

<sup>36</sup> RA 1886, p. 4.

niveau de la gestion administrative et politique, le mode de nomination et la composition des comités d'administration révèlent souvent une certaine porosité entre secteurs public et privé. Il est en effet fréquent que des représentants de l'État participent, à titre privé, à la gestion d'établissements philanthropiques. Les philanthropes ont comme tout un chacun une vie professionnelle et privée; les réseaux qu'ils tissent de part et d'autre contribuent à insérer un établissement au sein d'un ensemble institutionnel et politique.

Enfin, le contrôle étatique intervient de plusieurs façons: du point de vue juridique, les statuts, l'acte de fondation, la reconnaissance comme fondation ou association sont autant d'instruments permettant aux autorités publiques d'imposer un cadre légal, donc d'exercer une surveillance politique. Le versement de subventions peut aussi s'accompagner d'une obligation de déclaration (de certaines maladies contagieuses par exemple) ou être conditionné par une contrepartie, telle que l'admission de patients envoyés par les autorités communales ou cantonales. Il convient donc de relativiser la démarcation entre privé et public et observer, au fil de l'histoire d'un établissement, la façon dont certains indices nous renseignent sur l'évolution de ses rapports avec les pouvoirs et les organes publics.

## OFFICIALISER POUR MIEUX DÉMÉNAGER

Bien qu'ouvert en 1861, l'Hospice de l'enfance n'officialise son existence que trois ans plus tard, le 19 mai 1864, par l'établissement d'un acte de fondation et de statuts fondamentaux certifiés par le notaire Louis Chappuis. Un projet de déménagement

motive cette démarche qui permettra, après approbation du Conseil d'État, de « proposer au Grand Conseil un décret qui sanctionne l'existence de l'hôpital de l'enfance établi à Lausanne, comme fondation autorisée ou personne morale possédant la capacité civile. Une fois l'institution reconnue, il sera également demandé au Conseil d'État de vouloir bien en faire vérifier chaque année, les comptes, avant qu'ils soient présentés à l'Assemblée générale des Donateurs, et livrés à la publicité<sup>37</sup> ».

En effet, le succès de la jeune entreprise est en butte à l'étrécissement de ses locaux. En octobre 1863, les colonnes de la *Gazette de Lausanne* se font l'écho d'un courrier d'Eugène Renevier, professeur et président du comité de l'hospice, informant le public lausannois des insuffisances de l'appartement de Beaulieu, où plusieurs malades n'ont pu être admis, faute de place et où la chaleur peut être « intenable ».

Aussi est-ce avec enthousiasme que la perspective d'une construction est envisagée, mais la réserve de l'établissement, qui s'élève à 1'131 francs, ne suffit guère à une dépense « évaluée à environ 60 mille francs que nous espérons obtenir de la générosité de nos concitoyens, et en particulier des habitants de Lausanne, auxquels le premier magistrat de cette ville a donné l'exemple<sup>38</sup> ». Le syndic Édouard Dapples vient en effet d'acheter une vigne située près de l'ancien cimetière de Saint-Laurent, d'une taille de « quatre fossoriers plus oumoins [sic] » à Jean Abram Delisle. C'est sur ce terrain, qu'il offre à l'hospice, que doit être érigé le nouveau bâtiment. Son frère Charles Dapples a, quant

<sup>37</sup> « Acte de fondation et statuts de l'Hospice de l'enfance de Lausanne. Du 19<sup>e</sup> Mai 1864 », archives HEL.

<sup>38</sup> *Gazette de Lausanne*, 21 octobre 1863.

— 3. —

**Dont Acte**, fait en présence de Eugène Daxat, d'Yverdon, propriétaire, et Emile d'Ernst, de Berne, géant de Rensier, l'un et l'autre domiciliés à Lausanne, témoins, à Lausanne, le **Dix neuf Mai mil huit cent soixante quatre**. (19<sup>e</sup> Mai 1864.)

& Rensier prof. ——— Mendic Cochner général ——— J Verrey —  
 C Goutherpe ——— Charles Sappoles inf. ——— Paul Van Nuyden. —  
 M Grenier. ——— Ch: Carrard. ——— Ch Rensier av. ——— H Volley St col.  
 Phil Selathape st. ——— J. Bonnard fils ——— Hochreutiner svr —  
 C. Carrard. — prof. Lufour. ——— Henri Van Nuydent ——— C Hugnon  
 C Lufour prof. ——— & Sappoles. ——— Louis Fiedel past. —  
 Eug<sup>e</sup> Daxat. ——— & d'Ernst. ———  
 L Schuppis Not. ———

Les 91<sup>es</sup> mises en signée.

\* approuvé l'adjonction des mots "d'un enfant" en marge pour être placés à la sixième ligne de la page deux.

*Pour première expédition*



*L. Schuppis Not.*

à lui, fait don de 10'000 francs, en vue des travaux de construction, tandis qu'un appel à la générosité publique est relayé jusque dans les colonnes du *Journal de Genève*<sup>39</sup> où une vente rapporte 6'613 francs. En avril, la souscription a déjà rapporté près de la moitié de la somme nécessaire, des listes sont déposées chez divers fournisseurs de la ville et les travaux avancent bien.

Le 16 mai 1865, l'inauguration a lieu en présence des amis et donateurs de l'hospice, ainsi que des autorités cantonales et communales, bien que l'État n'ait aucune part à l'édifice. La présence de ses représentants est ici à comprendre comme geste d'amitié et de soutien des autorités à une entreprise qui, bien que privée, relève de la santé publique dans les objectifs qu'elle se fixe et qui, à ce titre, bénéficie à l'ensemble de la population. L'un des notables délégués explique ainsi que « c'est pour s'associer au sentiment général que les autorités communales se sont fait représenter à cette séance d'inauguration. Ce qu'il souhaite à l'Hospice de l'enfance, a-t-il ajouté en terminant, ce n'est pas tant l'appui de l'État et des autorités communales, mais bien plutôt de rester libre le plus longtemps possible, et de

continuer à être une œuvre de charité et de foi<sup>40</sup> ». Ces quelques lignes résument à merveille l'attitude et les liens tissés entre une fondation tenant à son autonomie et un gouvernement imprégné de longue date par les valeurs du parti conservateur, chacun attaché à préserver les avantages de cette relation.

En décembre 1866, un second dortoir est ouvert, portant la capacité d'accueil de 15 à 30 lits. « Situé dans un endroit salubre et construit avec soin, bien que simplement », le nouveau bâtiment doit « faciliter le traitement des malades, avoir une heureuse influence sur l'issue des maladies; par conséquent attirer à lui un plus grand nombre d'enfants<sup>41</sup> ». Dès 1867, le nombre des patients hospitalisés dépasse le cap de la centaine. Une croissance progressive et continue est dès lors engagée, avec 161 malades en 1871 et 220 en 1891. Ce nombre restera à peu près stable jusqu'aux premières années du xx<sup>e</sup> siècle, malgré quelques reculs soudains qui font immédiatement craindre pour la survie de l'institution. En 1889 par exemple, seuls 183 enfants sont hospitalisés, ce qui, ajouté à la baisse des dons et legs enregistrés cette année-là, alarme vivement le comité :

Une œuvre si grande et si utile sera-t-elle arrêtée ou ralentie dans son essor par le manque de ressources? On pourrait vraiment le craindre en constatant l'état financier actuel de l'établissement<sup>42</sup>.

C'est qu'effectivement, l'équilibre, toujours précaire, dépend pour l'essentiel de ressources caritatives, forcément imprévisibles.

.....  
<sup>39</sup> Cela suscite d'ailleurs une vive réaction de la part d'un lecteur, qui s'insurge de l'organisation d'une vente dont le produit, destiné au nouvel Hospice de l'enfance lausannois, tandis que rien de comparable n'est prévu dans sa ville où, dit-il, « coterie politique, coterie religieuse, coterie de charité, c'est tout un à Genève. Chers frères! que les infortunés qui souffrent à l'Hôpital cantonal, les petits malades de notre canton aient aussi part à vos aumônes! [...] Nous admettons que ces infortunés ne méritent pas, comme nos confédérés vaudois, la *manifestation de sympathie* que sollicite pour ceux-ci une dame correspondante du *Journal de Genève*; mais enfin ce sont des concitoyens! Faudra-t-il, pour qu'ils émeuvent vos cœurs, qu'ils se fassent nègres, Japonais ou Chinois? », *Journal de Genève*, 10 mars 1865.

.....  
<sup>40</sup> *Gazette de Lausanne*, 19 mai 1865.

<sup>41</sup> Rapport de Samuel Rochet, Président du comité, RA 1868, p. 3.

<sup>42</sup> RA 1889, p. 4.



## LE LIVRE DE COMPTES DE L'HOSPICE DE L'ENFANCE

À l'instar des autres établissements hospitaliers philanthropiques, l'Hospice de l'enfance dispose de trois ressources financières: les dons et legs ainsi que le paiement des pensions et les intérêts de sa fortune propre. Lors de sa première année de fonctionnement, en 1863, l'établissement reçoit, entre les dons et le produit d'une collecte, 3'477 francs, contre 244 francs pour les pensions d'enfants. La bonification d'intérêts est de 95 francs qui, ajoutés au solde de l'année précédente, amènent le total des recettes à 5'290 francs, contre 4'159 francs au chapitre des dépenses. Ces dernières recouvrent 2'071 francs de frais de ménage, essentiellement l'alimentation; 538 francs de dépenses sanitaires comprenant les remèdes, le matériel de soins et les divers fortifiants; 750 francs attribués au poste Direction et Service, comprenant notamment les indemnités versées aux diaconesses; enfin, 800 francs de loyer<sup>43</sup>. Avec l'emménagement dans ses nouveaux locaux, l'Hospice de l'enfance peut désormais faire l'économie de ce loyer. En contrepartie, les divers travaux d'entretien et d'aménagement grèvent régulièrement ses dépenses. Les éventuels bénéfices viennent grossir le fonds de réserve destiné à ce type d'investissements exceptionnels, tels que la buanderie construite en 1867, l'aménagement en 1870 de quatre chambres destinées aux opérations, ou la construction en 1875 d'une canalisation d'égouts.

Cette «scrupuleuse économie» doit beaucoup aux dons en nature, «denrées, lingerie, vêtements, ustensiles, meubles, réductions faites par les fournisseurs, etc., etc., dont nous sommes non

• • • • •

<sup>43</sup> RA 1863, p. 2.

moins reconnaissants, que des dons en argent<sup>44</sup> ». S'inspirant de la pratique de l'Hospice des Samaritains de Vevey, l'établissement affrète chaque semaine une charrette lors des jours de marché, que les «femmes de la campagne<sup>45</sup>», les maraîchers et quidams anonymes remplissent de denrées diverses, cette participation en chou-fleur ou cageots de prunes venant soulager les dépenses de ménage de l'établissement. La presse rappelle à l'occasion la présence de ces charrettes au bon souvenir des citoyens. Ces provisions, qui ne sont ni comptabilisées ni détaillées, sont complétées par les dons apportés directement à l'hospice et dont on trouve cette fois la liste détaillée à la fin de chaque rapport annuel, du moins jusqu'en 1930. Les confitures maison y côtoient les jouets et les culottes d'enfants, les légumes de saison, les restes de vin de communion ou le matériel médical.

Les dons en argent recouvrent les dons et legs individuels, parfois anonymes, les «crousilles» déposées chez divers commerçants, les collectes d'un temple ou de la Bourse des pauvres, les dons de communes avoisinantes, les produits de concerts, le «reliquat de transaction» d'un architecte ou le produit d'une réconciliation opérée par un juge<sup>46</sup>. D'une somme qui s'échelonne généralement entre 5 et 200 francs, ils réunissent dans un même geste caritatif l'ensemble des classes sociales de la population et sont tous accueillis au même titre, des 40 centimes offerts par «un pauvre homme» en 1866 aux dons plus confortables des familles patriciennes. Les sommes les plus importantes, de 1'000 francs et plus, sont majoritairement des legs.

• • • • •

<sup>44</sup> RA 1863, p. 3.

<sup>45</sup> RA 1863 et RA 1874, p. 9.

<sup>46</sup> RA 1875 p. 17 et RA 1877, p. 14.



## Le don

Ces listes de dons, communes à tous les établissements philanthropiques, possèdent, outre un charme indéniable, l'avantage de nous entrouvrir les coulisses d'un fonctionnement social rarement exploité par les historiens et qui mériterait une étude plus approfondie. Les noms des donateurs, qu'il s'agisse de dons en argent ou en nature, fourmillent par exemple d'indices sur les réseaux familiaux et sociaux impliqués dans la marche d'une institution. Sur le plan des sociétés et collectivités, la presse annonce régulièrement les concerts, séances de lecture, conférences, consultations de graphologie ou soirées de comédie-vaudeville dont une part ou l'entier des bénéficiaires iront à la fondation. Quant à l'implication des personnes privées, elle suscite bien souvent la participation de leurs proches, ce qui étend le réseau des « amis » de l'hospice. Ainsi est-il très fréquent que des parents de personnes directement engagées dans la vie de l'Hospice de l'enfance y apportent également leur contribution propre. Ainsi la participation d'une personne fait-elle bénéficier l'hospice, par ricochet, de celle de ses proches, et ceci de manière régulière, année après année ou presque.

« M<sup>me</sup> Hochreutiner la mère », dont le fils, docteur, est membre du comité d'administration, débourse 40 francs en 1869, 50 francs en 1872 et « deux biscuits et un panier de poires » en 1879. Le docteur lui-même donne 40 francs et une table en 1877, en même temps que M<sup>me</sup> Françoise Joël, épouse du médecin-chef de l'Hospice, destine 30 francs à l'achat « d'un appareil à un enfant opéré », offre « divers objets » ou, une autre année, « six chemises ». Il n'est pas rare que les épouses des membres du comité mettent la main à la pâte, comme M<sup>me</sup> Henri Verrey, qui confectionne un plat de meringues en 1894. Ces listes de noms évoquent encore les réseaux professionnels opérant dans le cercle d'un établissement. Nombreux sont par exemple les docteurs et épouses de docteurs n'ayant aucune implication directe dans les soins prodigués à l'Hospice de l'enfance, qui manifestent leur intérêt et leur soutien à l'œuvre par leurs contributions, comme le docteur Mathey, qui donne « 2 paniers de carottes » en 1877 et « 5 douzaines de petits pains » deux ans plus tard ou « M<sup>me</sup> Lambert docteur », qui apporte « du vieux linge ». Les artisans de la ville participent selon leur métier : M. Buttin, pharmacien, donne des « médicaments divers » ; M. Pache, charcutier, un filet de porc ; M<sup>me</sup> Meylan,

## Dons en nature.

M<sup>me</sup> Perdonnet, 6 douz. de petits pains. — M<sup>me</sup> de Sévery, 3 douz. de petits pains. — M<sup>me</sup> Dapples de Molin, un pâté froid. — M<sup>me</sup> Recordon Hooker, deux petits gâteaux. — M<sup>me</sup> H. Van Muyden, un abonnement au « *Rayon de Soleil* ». — M<sup>me</sup> David Marcel, un panier pommes et poires. — M. Jaton, macaronis, café et riz. — M<sup>me</sup> Perdonnet, 12 verres gelée de coings. — M<sup>me</sup> Ernest Lehr, cerises et pruneaux secs. — M. Marc Avocat, oranges. — M. Doelker, 100 livres pain blanc. — MM. Grellet frères, 200 livres de pain blanc (boulangerie du Tunnel). — M<sup>me</sup> Kraysenbühl au Verger, un panier de poires. — M. Charles Dapples, 16 bouteilles de vins rouge et blanc. — M<sup>mes</sup> de Métral, vêtements d'enfants, une couverture de laine. — M<sup>me</sup> Gogerat, vêtements d'enfants. — M<sup>me</sup> Leuthold, 4 douz. de petits pains, pour Pâques. — M<sup>me</sup> Rochat Clément, 30 œufs teints. — De dames étrangères, oranges, chocolat et biscuits. — M<sup>lle</sup> de la Harpe Bischoff, 12 douz. d'oranges et citrons. — M<sup>lle</sup> Liardet, un paquet de vieux linge. — M<sup>me</sup> Denys, vêtements d'enfants. — M<sup>me</sup> Weber Recordon, 12 oranges et un paquet de vieux linge. — D'une amie de l'hospice, une nappe, 12 linges et 3 fourres. — M. le docteur Burnier, une boîte d'autopsie. — M<sup>me</sup> Dapples Doxat, vieilles mousselines. — M<sup>me</sup> la Générale de Löchner, 20 livres de sucre brisé et coupé, 10 livres de gruau, 10 livres de riz, 10 livres simola, 10 livres de café, 5 livres de vermicelles, 2 boîtes de cacao et diabolins et 2 bouteilles de vin Malaga. — M<sup>me</sup> Rambert, un panier de pommes. — M<sup>me</sup> Freudenberg, 2 paniers de pommes. — M<sup>me</sup> Rivier Dapples, 2 bassins caoutchouc, une torche, 1 coussin à air, 3 toiles imperméables et un paquet de vieux linge. — M<sup>me</sup> Lehr, jouets d'enfants, un paquet de vieux linge, un caleçon et une camisole d'enfant. — M<sup>me</sup> de Goumoëns, 6 draps de coton et 1 paquet de sureau et tilleul. — M<sup>me</sup> Profit de Dorigny, un pot de graisse. — M<sup>me</sup> de Goumoëns, 8 linges de toilette. — M<sup>me</sup> Cook de Molin, 20 linges de toilette, linge à pansement. — Anonyme, 2 chemises d'enfant. — M. Avocat, 20 livres de pruneaux secs. — M. le docteur Hochreutiner, un grand sac de riz. — M<sup>lle</sup> Carrard, chemises, mou-

## Les dons en nature de l'année 1875

boulangère, des petits pains<sup>1</sup>. Les institutions ecclésiastiques ne sont pas en reste, avec « 43 bouteilles de vin de la communion de Noël de l'Église nationale » ou les « restes du buffet de la vente de l'Église allemande<sup>2</sup> ».

L'énumération des dons en nature nous donne aussi à voir la façon dont se constitue le trousseau médical de l'Hospice de l'enfance. Des instruments chirurgicaux, des pinces de pansement et une boîte à amputation lui sont offerts en 1866, par trois personnes différentes. Dix ans plus tard, parmi les jattes de miel, les bas de laine ou les sacs de pomme de terre, on trouve un fauteuil à fumigations, des appareils orthopédiques, des bandages à hernie et un drapeau d'ambulance, là encore de provenance diverse, dont l'École d'artillerie de Bière. L'année précédente, le Dr Burnier a quant à lui offert « une boîte d'autopsie ». La façon dont les dons sont inventoriés peut encore suggérer la marche de l'année, comme c'est le cas à l'infirmerie d'Yverdon, où la liste des dons en nature, organisée selon les douze mois de l'année, nous fait entrer dans le rythme des saisons, avec la livraison régulière de généreuses cuvées de moût au moment des vendanges<sup>3</sup>. À l'Hospice de l'enfance, aucune règle ne semble gouverner le catalogue des dons, probablement notés au fur et à mesure de leur arrivée, avec le regroupement des legs en fin de liste dès 1869 et, à l'occasion, une liste à part pour les dons destinés à la fête de Noël.

En inventoriant, telles qu'elles adviennent, l'ensemble des contributions qu'elle reçoit, l'institution adresse un même remerciement à ses « amis », quels que soient leurs conditions, leurs moyens, le caractère régulier ou occasionnel de leur participation. Dans une société largement hiérarchisée en fonction de la fortune, le don est, par contre, de nature essentiellement transversale : volontaire et facultatif, il n'est soumis à aucune règle en-dehors des possibilités propres du donateur. On l'a vu, les plus favorisés sont loin d'être les seuls soutiens de l'Hospice de l'enfance : la mobilisation est forte du côté des modestes et une domestique peut offrir « 5 mètres de toile coton », ce qui n'est pas rien au vu de ses gages<sup>4</sup>. Les deux sexes et l'ensemble des professions sont représentés parmi les donateurs, qui comptent aussi quelques jeunes membres de la société : les enfants de la famille Dapples réunissent 8 francs pour le Noël de leurs petits compagnons hospitalisés ; un « petit garçon » offre un livre d'images et du chocolat<sup>5</sup>. « Un autre consacre son argent de poche à acheter des bonbons pour l'arbre de Noël. Des enfants du Valais et du canton de Fribourg envoient de petits sacs de noisettes recueillies par eux, dans le même but<sup>6</sup> ». Et ceux qui ne possèdent rien peuvent fournir leurs talents, en raccommodant des vêtements par exemple<sup>7</sup>. À la lecture de ces listes et de leurs variations dans la répétition, la culture philanthropique apparaît ainsi comme un possible pont entre les catégories socio-économiques, par la fonction commune du don.

<sup>1</sup> RA 1894.

<sup>2</sup> RA 1880 et 1885.

<sup>3</sup> Tavera 2007, p. 28.

<sup>4</sup> RA 1893.

<sup>5</sup> RA 1880, RA 1903.

<sup>6</sup> RA 1899, p. 5.

<sup>7</sup> RA 1904.

À partir de la loi sur les infirmeries du 15 mai 1875, l'État reverse aux établissements du canton une indemnité pour l'hospitalisation des indigents ne pouvant être hospitalisés à l'Hôpital cantonal<sup>47</sup>. L'Hospice de l'enfance, qui se destine en priorité à cette population, bénéficie directement de cette mesure, seule contribution publique aux frais d'exploitation de l'établissement. Certes, cette participation ne couvre pas le coût réel des soins et de l'hébergement, qui se monte en 1862 à 88 centimes par jour et par patient. Dès 1865, le prix de la journée atteint 1,29 francs et, exception faite de l'année 1887, demeure au-dessous de la somme de 2 francs jusqu'au déménagement au chemin de Montétan, en 1912<sup>48</sup>. Le remboursement de l'intégralité des sommes réellement engagées pour les soins et les frais de pension d'un patient constitue un enjeu récurrent pour l'ensemble des établissements hospitaliers recevant les plus déshérités. Des questions d'origine territoriale s'y mêlent, ces indemnités incombant aux communes d'origine des malades. Bien souvent, l'encaissement effectif des sommes en question s'en trouve retardé, obligeant des institutions le plus souvent modestes à jongler avec leurs fonds propres.

## AU CHEVET DES ENFANTS: LES DIACONESSES

Depuis son installation à l'avenue d'Échallens, l'Hospice de l'enfance jouit d'un succès grandissant auprès de la population. Les premières années,

<sup>47</sup> Donzé 2003, p. 78.

<sup>48</sup> Statistique de l'Hospice de l'enfance pour les années 1862 à 1908, archives HEL.

trois diaconesses suffisaient à assister la directrice dans le soin quotidien des patients. Mais le déménagement correspond à une forte croissance des hospitalisations, qui passent de 60 à 140 entre 1863 et 1868, et le comité demande à Saint-Loup l'octroi d'une quatrième diaconesse. L'ensemble de ces dames loge sur place, tandis que le médecin ne se rend dans l'établissement que lors de ses consultations, jusqu'à l'engagement du premier médecin attitré, en 1868, quand le comité décide de passer du système de tournus annuel des docteurs de la ville à la nomination fixe d'un praticien rétribué.

En 1869, Caroline Steinlen-Germond renonce à la direction de l'hospice, qui entretient dès lors « les relations habituelles où Saint-Loup se trouve avec les autres Établissements qu'il dessert ». Les diaconesses constituent la majeure part du personnel soignant des infirmeries, hôpitaux ou autres institutions charitables de Suisse. La première maison de diaconesses, inspirée par le modèle de la maison de diaconesses de Kaiserwerth, en Allemagne, est fondée en pays romand en 1842, par le pasteur Louis Germond<sup>49</sup>. Grande figure du Réveil protestant, Louis Germond se réclame de l'Église libre, qui prône l'engagement individuel dans les mouvements d'action sociale visant à soulager les plus déshérités et à faire fructifier les principes de la morale chrétienne. Aussi le parcours de toute diaconesse est-il celui d'une vocation plutôt que d'une formation, même si son cursus comprend l'apprentissage

• • • • •

<sup>49</sup> En 1836, le pasteur Théodore Fliedner fonde, près de Düsseldorf, la première congrégation vouée au service des malades. C'est au comte Agénor de Gasparin, qui avait visité la Maison-mère en 1841, que revient l'initiative du projet de fondation d'une institution similaire en Suisse romande, que Louis Germond mettra en œuvre. Tavera 2007, p. 34.

du métier de garde-malade, dont les rudiments sont enseignés dans une infirmerie accolée à l'institution. Les jeunes femmes qui s'engagent dans cette voie suivent un noviciat, font vœu de chasteté et d'obéissance et demeurent leur vie durant attachées au service de la Maison-mère de Saint-Loup, qui les envoie dans les établissements avec lesquels elle collabore.



Le directeur Oskar Rau et les diaconesses devant la Maison-mère de Saint-Loup, dans les premières années du xx<sup>e</sup> siècle

Tout comme un curé peut défroquer, il arrive qu'une sœur quitte la diaconie, comme l'a fait Caroline Germond en 1850. Bien qu'officiellement affranchie de ses liens avec Saint-Loup, le parcours de vie de cette dernière, ainsi que son union avec une autre figure éminente de l'Église libre, Aimé Steinlen, témoigne de l'enracinement des principes de charité chrétienne ayant présidé à son éducation. Lorsqu'elle renonce à la direction de l'Hospice de l'enfance qu'elle a contribué à fonder, le comité la prie de conserver un lien avec la maison en tant que

membre du comité auxiliaire des dames. « Maintenant qu'elle n'est plus là pour nous fermer la bouche, nous pouvons dire qu'elle a été l'âme de notre petit établissement. Elle s'y était dévouée dès sa fondation, avec un zèle et un amour qui ont redoublé encore depuis la mort de son mari, notre regretté Aimé Steinlen, Mais cette activité, apportée à tout ce qu'elle entreprenait, a épuisé les forces de cette amie dévouée des pauvres et des petits. Depuis le début de l'année, M<sup>me</sup> Steinlen a été presque constamment malade<sup>50</sup>. » À sa suite, la première sœur-directrice nommée à l'Hospice de l'enfance est Léona Marchand, à laquelle Sœur Méry Blanc succèdera en 1875. Au bénéfice de la même formation que leurs compagnes, les sœurs-directrices se distinguent par leur plus grande expérience et par un fort engagement spirituel :

Nous fournissons à divers hospices un nombre déterminé de diaconesses pour un temps indéterminé, en ayant soin qu'il y ait toujours parmi elles une sœur apte au gouvernement intérieur de la maison et à la direction de ses compagnes. Pour cela nous ne soumettons pas aux comités de ces hospices de nom propre; comme nous prenons la charge de remplacer, nous nous réservons la liberté de choisir et de retirer au besoin. Au reste, convaincus que nous faisons tous œuvre commune, nous ne séparons pas dans notre sollicitude les intérêts des établissements qui nous honorent de leur confiance des intérêts de notre propre maison, et même, dans la limite du possible, nous nous efforçons de tenir compte de leurs préférences, ainsi que de celles de diaconesses [...]; je puis vous offrir une sœur directrice bien qualifiée pour le gouvernement intérieur de la maison, – par quoi je n'entends pas l'admission ni le renvoi des malades –, pour les écritures, comptabilité du ménage, culte domestique, pharmacie, etc; puis quatre sœurs pour le service des

<sup>50</sup> RA 1869, pp. 1-2.

 5<sup>e</sup> 9<sup>tu</sup> 1869.

Au Comité de l'Hospice de l'enfance, à Lausanne.

Honorés Messieurs,

Les rapports de nos diameses avec la direction de votre Hospice ont eu un caractère très spécial. Tandis que mon frère, Madame Steiner, amène d'ailleurs elle-même remplissait les fonctions auxquelles elle vient de renoncer. Aujourd'hui, par le fait de sa démission, nous restons dans les relations habituelles où l' Hospice se trouve avec les autres Etablissements qu'il dessert.

Il me paraît opportun de vous fournir quelques renseignements sur la nature de ces relations, afin d'éviter tout malentendu dans la suite:

Nous fournissons à divers hospices un nombre déterminé de diameses pour un temps indéterminé, en ayant soin qu'il y ait toujours parmi elles une sœur apte au gouvernement intérieur de la maison et à la direction de ses compagnes. Pour cela nous ne soumettons pas aux Comités de ces hospices de nom propre; comme nous prenons la charge de remplacer, nous nous réservons la liberté de choisir et de retirer au besoin. Au reste, convaincus que nous faisons tout une œuvre commune, nous ne séparons pas dans notre sollicitude les intérêts des Etablissements qui nous honorent de leur confiance des intérêts de notre propre maison, et même, dans

Lettre de Louis Germond au comité de l'Hospice de l'enfance, 5 septembre 1869

salles; peut-être pourrait-on provisoirement se borner à trois<sup>51</sup>.

Dans le contexte d'un rapport donnant par ailleurs toute satisfaction à l'Hospice de l'enfance, la question du nombre des diaconesses qui doivent y servir est un souci récurrent pour l'institution. L'institution de Saint-Loup compte 12 diaconesses en 1852, 41 en 1880, 68 en 1892 et, malgré cette augmentation continue, peine à répondre à une demande qui ne cesse de croître elle aussi, conséquence du mouvement de médicalisation des hôpitaux romands. Non salariées, mais au bénéfice d'une petite indemnité, elles constituent la force vive du personnel soignant dans l'essentiel des infirmeries et établissements de soins de Romandie. L'école de gardes-malades laïques de La Source a ouvert ses portes à Lausanne, en 1859, sous l'égide de la Comtesse Valérie de Gasparin<sup>52</sup>. Les jeunes filles qui y sont formées ne sont soumises à aucun vœu et l'objectif est d'assurer l'indépendance financière de ces nouvelles professionnelles des soins, qui sont salariées. Jusqu'au xx<sup>e</sup> siècle cependant, leur présence demeure très marginale sur le marché des soins, les établissements leur préférant bien souvent les diaconesses, pour des raisons tant financières qu'idéologiques. Avant l'entre-deux guerres, aucune institution n'est confiée à la gouvernance d'une sourcienne, alors que les diaconesses de Saint-Loup ou d'autres maisons de diaconesses, comme celles de Strasbourg ou de Berne, fournissent à la fois

les directrices et l'essentiel de la main d'œuvre en matière de soins. Le développement des infirmeries régionales, telles que celle d'Yverdon, et l'ouverture du nouvel Hôpital cantonal en 1883, accroît encore une demande que n'est pas toujours en mesure d'honorer la Maison-mère<sup>53</sup>.

En 1894, le comité des dames de l'Hospice de l'enfance, s'inquiétant d'un recours trop fréquent à des aides non qualifiées, écrit au président du comité directeur afin qu'il examine le problème récurrent de l'insuffisance des diaconesses :

Depuis longtemps déjà l'Hospice n'a pas le nombre de diaconesses auquel il a droit et qui lui serait nécessaire pour la bonne marche de l'établissement. Une diaconesse ne peut être remplacée sans inconvénients par une personne qui n'a pas fait les études requises pour soigner les malades. Or, telle est notre situation que nous nous contentons d'aides inexpérimentées, pleines de bonnes intentions, sans doute, qui viennent faire un temps d'essai chez nous, mais sur lesquelles nous ne pouvons compter. Par là même notre Directrice est appelée à beaucoup de travail et de fatigue [...]. Le Comité des dames est unanime à protester contre une situation qui fait de l'hospice une sorte d'école à bien plaisir. En outre, notre Sœur Directrice a besoin de trouver dans les personnes qui la secondent un appui moral pour l'œuvre qu'elle est appelée à mener à bien<sup>54</sup>.

Prenant acte du courroux des dames, le comité d'administration relaie leurs réclamations auprès de la direction de Saint-Loup afin que celle-ci tienne compte des vœux du comité auxiliaire et notamment du risque d'«affaiblissement graduel de l'influence de l'habit de Saint-Loup, qui dans l'intérêt de l'œuvre, doit être prépondérante». Le

<sup>51</sup> Lettre datée du 5 septembre 1869 de Henri Germond au P<sup>r</sup> Renevier, président du comité de l'Hospice de l'enfance, archives HEL (souligné par Henri Germond).

<sup>52</sup> Valérie de Gasparin (1813–1894), très engagée dans le mouvement du Réveil protestant. Voir notamment Francillon 1992 et 2009.

<sup>53</sup> Donzé 2003, pp. 93 et ss. ; Tavera 2007, pp. 34-36.

<sup>54</sup> Lettre du 5 mars 1894, de M<sup>me</sup> Rivier Dapples «à Monsieur le Président du Comité des Messieurs», copie dans le Procès-verbal de la séance extraordinaire du 10 mars 1894.



Les diaconesses et les petits patients de l'Hospice de l'enfance, vers la fin du XIX<sup>e</sup>

pasteur Oscar Rau, successeur de Louis Germond à la tête de la Maison-mère, explique, au cours de l'«entretien tout amical» qui suit ce courrier, qu'il «estime qu'il est préférable qu'il n'y aie qu'une seule sœur par salle, afin de ne pas partager les responsabilités». Il propose par contre de remplacer par une sœur Mademoiselle Blanche, sa propre fille, qui «remplit gratuitement les fonctions d'une

diaconesse depuis longtemps», afin d'éviter «les conflits de compétence». Le comité refuse la proposition, choisissant de préserver le statut-quo et, sans doute, les finances de l'établissement<sup>55</sup>. Bien que d'un coût modeste, l'indemnité versée aux sœurs vient grossir les frais de personnel, qui représentent,

• • • • •

<sup>55</sup> Procès-verbal de la séance du 19 avril 1894.

jusqu’à la fin du siècle, entre 1/8<sup>e</sup> et 1/15<sup>e</sup> des dépenses totales. La sœur-directrice reçoit 350 francs par an et ses compagnes 300 francs, jusqu’en 1907 où ces rétributions sont toutes portées à 350 francs<sup>56</sup>.



Sœur Dora Ramsperger «Fille d’un instituteur de village, la jeune wurtembergeoise apprit à aimer les petits en gardant les enfants de ses sœurs aînées». Partie travailler à Morges comme «petite bonne» chez le D<sup>r</sup> Morax dès l’âge de 16 ans, elle y découvre sa vocation de diaconesse et rejoint l’Institution de Saint-Loup. Dès la fin de son noviciat, elle est envoyée à l’Hospice de l’enfance, où elle prendra bientôt le relais de la directrice Sœur Méry Blanc, appelée à la tête de l’Hôpital cantonal en 1882. Trente ans de la vie de l’Hospice de l’enfance se dérouleront sous sa gouverne. Après une décennie de collaboration avec le D<sup>r</sup> Joël, elle accompagne l’ensemble du parcours de Victor Mercanton comme médecin-chef de l’Hospice de l’enfance et meurt en 1912, l’année même de l’emménagement au chemin de Montétan.

<sup>56</sup> Lettre du 22 septembre 1906, du comité de l’Institution des diaconesses de Saint-Loup à l’ensemble des comités directeur des établissements employant des diaconesses, archives HEL.

## LES PREMIERS MÉDECINS DE L’HOSPICE

En 1868, le D<sup>r</sup> François Joël<sup>57</sup> devient le médecin attitré de l’Hospice de l’enfance. Chirurgien et docteur en médecine, il s’est formé à Paris et devient, à 27 ans, vice-président du Conseil de Santé du canton de Vaud. D’abord praticien privé à Rolle durant une dizaine d’années, il est le premier médecin des écoles de la ville de Lausanne, à partir de 1883, fonction qu’il assure en parallèle à son activité de médecin directeur. Très intéressé par les questions d’hygiène scolaire, il compte parmi les premiers propagateurs de ce nouvel enjeu de santé publique. L’année même de son installation à l’Hospice de l’enfance, en 1868, Joël crée le service de consultation gratuite. Cette consultation, ouverte au public deux fois par semaine, rencontre un succès public immédiat, augurant sa future institutionnalisation en dispensaire pour enfants. Joël fait appel au D<sup>r</sup> de Cérenville pour l’assister dans ce nouveau service, ainsi que dans ses visites et opérations, et propose au D<sup>r</sup> Henri Martin d’ouvrir à l’Hospice de l’enfance une consultation orthopédique hebdomadaire. Ce dernier exerce alors comme orthopédiste à Aubonne. Sa collaboration avec l’Hospice de l’enfance se renforce avec l’ouverture d’une section orthopédique de trois lits, en 1872. Henri Martin fait bientôt fructifier cette première expérience lausannoise en ouvrant, en 1876, l’Hospice orthopédique de Lausanne. L’Hospice de l’enfance ferme dès lors sa section orthopédique et adresse ses patients à la nouvelle institution.

<sup>57</sup> François Joël (1821–1893). Morax 1899, pp. 180–181; Donzé 2003, p. 111; «Biographie du D<sup>r</sup> François Joël», *Revue médicale de la Suisse romande*, 1893, p. 148.

Dernier élément de la triade des établissements hospitaliers philanthropiques de la ville, l'Hospice orthopédique fonctionne selon le même modèle que l'Asile des aveugles et l'Hospice de l'enfance, en tant que fondation privée. Destiné aux enfants jusqu'à l'âge de 12 ans, il reçoit gratuitement les patients pauvres et obtient les deux tiers de ses ressources des dons et legs du public, le dernier tiers étant couvert par le cumul des pensions, tarifées à 50 centimes par jour, et de sa fortune propre. La famille Martin, qui compte également un autre médecin philanthrope, Édouard Martin, futur fondateur de l'Asile de Pinchat à Genève<sup>58</sup>, participe activement au financement de l'Hospice orthopédique. À l'instar des autres fondations hospitalières philanthropiques, ce dernier est administré par un comité de cinq membres, auxquels François Joël se joint durant la première année<sup>59</sup>.

Le modèle de collaboration mis en place par le Dr Joël perdure au cours des décennies suivantes, se ramifiant au fil du développement de l'établissement: aux côtés du médecin responsable, formellement engagé par le comité, différents médecins collaborent ponctuellement ou régulièrement au chevet des patients, tissant au fil de leurs contributions un réseau de compétences et d'échanges institutionnels qui place d'emblée l'Hospice de l'enfance dans une dynamique d'échanges. Joël, membre de la Société médicale de Suisse romande, expose par exemple le déroulement de sa première année de service dans l'établissement à l'ensemble de ses collègues<sup>60</sup>.

• • • • •

<sup>58</sup> Édouard Martin (1844–1931) est médecin-chef de la Maison Gourgas de 1886 à 1930. Donzé 2003, p. 104.

<sup>59</sup> Donzé 2003, pp. 104, 113–114; Segond 1883, pp. 72–73.

<sup>60</sup> Joël 1869.

Son rapport éclaire notamment les raisons de sa propre nomination. D'une part, «les visites des médecins n'avaient rien de très régulier» et d'autre part, «le conseil de l'Hospice de l'Enfance me fit savoir qu'il désirait donner autant que possible à cette institution le caractère d'un *hôpital*». Pour ce faire, Joël met en place divers changements qui, malgré une «distribution des salles [qui] est plutôt celle d'un hospice que d'un hôpital», enracinent l'objectif de médicalisation de l'hospice. Il installe dans la salle des bains tout juste inaugurée un «appareil pour fumigations aromatiques», offert par un donateur et que le médecin emploie dans le traitement de certaines maladies de peau. Il fait remplacer les matelas de feuilles de maïs, «foyers de méphitisme et [...] nids de poussière» par des sommiers élastiques et propose l'acquisition d'une «machine d'induction», utilisée pour des applications de courant électrique «à certaines paralysies atrophiques de l'enfance». Cet achat ne remplit d'ailleurs pas toutes ses promesses et le médecin constate que les traditionnels bains et frictions, accompagnés ou non de l'usage d'herbes aromatiques, demeurent d'une efficacité supérieure à la thérapeutique par l'électricité. Enfin, attentif au confort de ses patients, Joël a fait repeindre en vert clair les murs trop blancs qui blessent «les yeux délicats de nos scrofuleux» et se réjouit de remarquer que son initiative «a été fort appréciée des malades et des diaconesses».

## LES SOINS PRODIGUÉS

De quoi souffrent ces petits patients? Les statuts de l'Hospice de l'enfance précisent, nous l'avons vu,

que l’établissement se destine en priorité au soin des Lausannois indigents et curables. En 1863, le rapport médical signale une majorité d’« affections rachitiques et scrofuleuses », ce que Joël constate également cinq ans plus tard, notant qu’elles représentent « plus des deux tiers » des pathologies traitées. Ce sont donc les troubles du développement, souvent engendrés par la malnutrition, et les affections dermatologiques – dont quinze cas d’ophtalmies scrofuleuses – qui dominent, suivies par quelques cas de fièvre typhoïde. Cette maladie, également appelée fièvre nerveuse, fièvre bilieuse ou encore typhus abdominal, présente un caractère épidémique et fait de régulières apparitions, en particulier dans les quartiers pauvres.

Les médecins du XVIII<sup>e</sup> et du XIX<sup>e</sup> siècle l’attribuent à des causes très variées, insistant notamment sur une nutrition et une hygiène défectueuses, sur les propriétés de l’environnement naturel : « germes contagieux du sol » ou bouleversements des terrains en cas de travaux de canalisation, sur l’insuffisance de l’aération ou de l’ensoleillement. En novembre 1841 pourtant, la fièvre typhoïde touche la Cité, « quartier le plus élevé, le plus aéré, le plus sain et au milieu d’une population aisée », où elle provoque la mort de « quelques personnes marquantes », ce dont l’opinion s’émeut. Dans la deuxième moitié du siècle, le soupçon se porte davantage sur la qualité de l’eau, que la ville de Lausanne fera régulièrement analyser à partir de 1891. En attendant, Joël constate en 1868 les bienfaits d’une nourriture riche sur l’état de ses patients :

La plupart de ces malades vivaient chez eux de soupes et de pommes de terre; ils ne mangeaient pas de viande, ils ne buvaient jamais de vin. Si nous avons réussi à sauver toutes ces frêles existences, nous sommes

convaincus que nous le devons surtout à l’emploi de bon vin à haute dose (au moins une bouteille par jour et par enfant).

L’entérite, ou gastro-entérite, fait également partie des affections récurrentes dans les rapports médicaux de l’Hospice de l’enfance. Contrairement à la fièvre typhoïde qui touche l’ensemble de la population, l’entérite atteint surtout les enfants et compte parmi les principales causes de mortalité infantile, notamment au cours de la première année de vie. Elle cause un bon quart des décès par « maladies zymotiques » (c’est-à-dire, liées aux processus de digestion, selon la terminologie de l’époque) à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. On voit combien le principe de refus des malades contagieux à l’Hospice de l’enfance est délicat à respecter dans la pratique, qui met souvent le médecin face à « de sérieuses difficultés pour isoler les cas aigus ou contagieux ». Au cours de sa première année de service, Joël est contraint d’utiliser « des pièces peu appropriées, difficiles à chauffer, fort éloignées de la cuisine » pour séparer les contagieux lors des deux épidémies qui sévissent, l’une de fièvre typhoïde, l’autre de variole. Cette dernière, encore très meurtrière au XVIII<sup>e</sup> siècle, recule peu à peu dans nos contrées au XIX<sup>e</sup> siècle, à l’heure de la généralisation de la vaccination (procédé d’inoculation de la variole bovine, conférant l’immunité contre la variole humaine), dans la seconde partie du siècle. Le Conseil d’État vaudois la rendra obligatoire en 1871.

Les autres cas relevés en 1868 se répartissent entre maladies des systèmes respiratoire (pneumonie, « phtisie » ou tuberculose) et digestif (embarras gastrique, ictère); blessures, fractures et traumatismes; atteintes du système nerveux (méningite, épilepsie, hystérie); affections osseuses

ou articulaires (cachexie, ostéite, rhumatisme); malformations (pied bot, atrophie musculaire, hypertrophie du cœur). Outre les bains, frictions et cataplasmes, le docteur emploie avec succès certains procédés orthopédiques, tels que la bottine de gypse pour les pieds bots ou l'extension pour la coxalgie. Enfin, il exerce ses talents de chirurgien, relevant par exemple, en 1882, les « petites opérations usuelles, communes dans tous les hôpitaux d'enfants (tonsillotomies, ablations de phalanges, hydrocèles, etc.), [...] trois trachéotomies, une opération d'hypospadias, et l'extirpation d'une tumeur sanguine de la face (angiome) chez un enfant de 16 mois venu du Valais pour se faire opérer<sup>61</sup> ».

François Joël met également en place un service de consultations gratuites bihebdomadaires, en fonction dès le début de l'année 1868. En vingt ans, les prestations de ce service quadruplent: des 263 consultations prodiguées en 1868, le total décompté en 1887 atteint 1162 prestations. Ce succès engage le médecin et le comité à envisager l'ouverture d'un dispensaire, qui devrait notamment permettre de libérer quelques places à l'hospice:

Nous avons eu cette année un nombre exceptionnel de maladies de la peau et de maladies des voies respiratoires. – C'est pour les premières surtout que la création d'un dispensaire serait un dégrèvement important des hôpitaux d'enfants<sup>62</sup>.

Ce service a en outre relayé, pour la population infantile, le service de distribution gratuite de médicaments aux indigents, que l'Hôpital cantonal a supprimé en 1884.

• • • • •

<sup>61</sup> François Joël, Rapport sur le service médical, RA 1881 p. 9.

<sup>62</sup> François Joël, Rapport sur le service médical, RA 1882 p. 7.

## DEUX NOUVEAUX MÉDECINS, UN NOUVEAU SERVICE

Suite à la démission de François Joël qui part en retraite après 20 ans passés à la tête de l'hospice, Victor Mercanton prend sa succession en 1888. Chef de l'un des deux services de chirurgie de l'Hôpital cantonal depuis 1883, où il officie trois années durant aux côtés de César Roux, cet ancien étudiant de Georg Albert Lücke, célèbre professeur de chirurgie à Berne puis Strasbourg, est également orchidophile et amateur de voyages naturalistes exotiques: en 1890, il démissionne de l'Hôpital cantonal pour accompagner l'ophtalmologue Marc Dufour dans un périple autour du monde, duquel il ramènera de nombreux coquillages. Membre éminent de la Société d'horticulture du canton de Vaud, il organisera plusieurs expositions de chrysanthèmes et d'orchidées au bénéfice de l'Hospice de l'enfance<sup>63</sup>.

Sa nomination coïncide avec la création du dispensaire, qui permet de traiter en ambulatoire

• • • • •

<sup>63</sup> Victor Mercanton (1850–1910) naît à Cully, étudie à Berne et Strasbourg, ouvre une infirmerie à Moudon avant d'être appelé au nouvel Hôpital cantonal par le Conseil d'État, poste dont il démissionnera pour partir en voyage. Une appendicite perforée achève brutalement sa carrière malgré l'opération tentée par César Roux lui-même, qui a repris l'entier du service de chirurgie de l'Hôpital cantonal au moment de sa nomination comme Professeur de chirurgie à la Faculté de médecine en 1890. Au sujet de l'apport décisif de César Roux au processus de médicalisation des hôpitaux romands, voir Donzé 2007. Georg Albert Lücke (1829–1894), célèbre chirurgien allemand, titulaire de la chaire de chirurgie des Universités de Berne puis de Strasbourg. Marc Dufour (1843–1910), ophtalmologue, médecin-chef de l'Asile des aveugles et co-fondateur de la Faculté de médecine de Lausanne, dont il devient à la fois le premier professeur d'ophtalmologie et le premier doyen en 1890. Baudraz 2003, pp. 248 et 317-318; ACV, dossier ATS.



Victor Mercanton,  
médecin-directeur de l'Hospice de l'enfance de 1888 à 1910

nombre de cas aigus, libérant des lits pour la chirurgie et les affections médicales graves. Une tombola est organisée pour réunir les fonds nécessaires. Des personnalités fameuses ont contribué à enrichir les lots mis en jeu: le roi Guillaume III de Hollande a offert son canot et sa goujonnière, les artistes Töpffer et Anker ont donné quelques œuvres<sup>64</sup>. En prévision de l'accroissement des charges engendré par l'ouverture du dispensaire, le comité décide d'une augmentation du prix de pension. Suite à un examen comparatif de l'équilibre entre pensions et

dépenses dans d'autres établissements hospitaliers, le comité a en effet constaté qu'à l'Hospice de l'enfance, le produit des pensions ne représente que 3 à 4% des dépenses globales. À contrario, en 1887, le produit des pensions équivaut à 29% des dépenses ordinaires de l'Hospice orthopédique, 33% à l'Asile des aveugles, 57% à l'Asile Boissonnet. « Estimant, en conséquence, qu'un essai de réforme pouvait et devait être tenté, le comité a donné des instructions dans ce sens à la sœur directrice de l'Hospice<sup>65</sup> ».

Victor Mercanton fait appel à Adolphe Combe pour faire face au surcroît de travail engendré par l'ouverture du dispensaire, qui accueille pas moins de 1418 patients, auxquels sont prodigués un total de 6'907 consultations en 1888<sup>66</sup>. Deux diaconesses et deux membres du comité des dames assistent les D<sup>rs</sup> Mercanton et Combe dans les moments d'ouverture du dispensaire, trois jours par semaine, « de trois à six ou sept heures (et parfois même au delà)<sup>67</sup> ». Par la suite, la fréquentation du nouveau service se stabilisera aux alentours de 4000 consultations annuelles.

Ancien interne de l'Hôpital des enfants de Genève, le D<sup>r</sup> Combe reprend, en parallèle à sa collaboration avec Mercanton, la succession de Joël au poste de médecin des écoles de la ville, ainsi que la responsabilité de la clinique infantile de l'Hôpital cantonal de Lausanne. Médecin philanthrope, il crée deux asiles destinés aux enfants convalescents, publie moult travaux portant notamment sur l'hygiène, l'un de ses grands chevaux de bataille, ou sur la tuberculose de l'enfant et du nourrisson. Nommé

« Victor Mercanton », nécrologie parue dans le *Journal de la Société d'horticulture du canton de Vaud*, XLIII<sup>e</sup> année, n°8, août 1910, p. 130; entretien avec Suzanne Derieux.

<sup>64</sup> « L'Hospice de l'enfance est centenaire », *Gazette de Lausanne*, 17 novembre 1961.

<sup>65</sup> RA 1888, p. 4.

<sup>66</sup> *Id.*, p. 5.

<sup>67</sup> *Id.*, p. 6.

professeur extraordinaire de pédiatrie à l'Université de Lausanne dès 1898, il y est titularisé en 1916<sup>68</sup>.

Là encore, ces quelques indications biographiques donnent la mesure du réseau dont bénéficie la pratique médicale à l'Hospice de l'enfance. Si l'Hospice de l'enfance, comme les autres œuvres

<sup>68</sup> Adolphe Combe (1859–1917) a fait ses études à Genève avant de s'établir à Lausanne en 1887. Voir également Saudan 1991, ainsi que le chapitre 2 du présent ouvrage.

hospitalières privées d'origine philanthropique, reste structurellement parlant tout à fait distinct du service public, on voit que l'activité professionnelle des D<sup>rs</sup> Joël, Mercanton ou Combe tisse la trame d'une collaboration inter-institutionnelle qui va croissant et s'établit en particulier avec l'Hôpital cantonal.



Médecins, diaconesses et patients devant l'Hospice de l'enfance, début du xx<sup>e</sup> siècle

Rapport sur le service du dispensaire, par le D<sup>r</sup> Adolphe Combe, 1888

« Quel est le but d'un Dispensaire ? Le D<sup>r</sup> Gibert le résume dans son premier rapport en ces termes : ' Donner au pauvre le moyen d'être bien soigné, donner à la ville le moyen de le soigner à bon marché, donner à l'hôpital sa vraie signification, tel est le problème que doit résoudre un dispensaire. ' Dispensaire et hôpital sont tous deux nécessaires, ils ont chacun leurs indications précises, ils se complètent l'un l'autre. L'hôpital ne doit plus être que la maison de guérison pour les grandes affections chirurgicales et médicales, ou pour les malades absolument privés de famille, de ressources et de soins et doit cesser d'être ' le refuge de toutes les misères '. Le dispensaire s'occupe de tous les autres malades [ . . . ]. Il poursuit un but moral, en empêchant le relâchement des sentiments de la famille [ . . . ]. Il poursuit un but humanitaire, en mettant le malade à l'abri du danger de contagion [ . . . ]. À côté de ces avantages individuels, incontestables, il y en a un collectif non moins important : Il permet de traiter un nombre considérable de malades à peu de frais, en éliminant des dépenses occasionnées par la construction des hôpitaux et par l'entretien des malades qui y sont traités. Ces avantages suffisent pour justifier la création du dispensaire. »

Ces lignes témoignent du chemin parcouru depuis la fondation de l'Hospice de l'enfance, qui patientera encore 77 ans avant d'accéder au titre d'hôpital, qu'utilise pourtant Combe. Ce choix n'est pas anodin : « Hospice » est un terme historiquement trop chargé pour la logique de médicalisation dans laquelle s'inscrit le médecin. Le « refuge de toutes les misères » ici évoqué est l'hospice d'Ancien-Régime, qu'Adolphe Combe oppose à l'hôpital « maison de guérison ». Rappelons que son nouveau collègue, Victor Mercanton, arrive tout juste de l'Hôpital cantonal, où il a collaboré avec César Roux, figure majeure de l'histoire hospitalière romande, professeur et chef de file de la génération des « chirurgiens-modernisateurs » qui transformeront le paysage et la culture médicale du canton. À côté de l'affirmation du rôle exclusivement médical de l'hôpital, l'actualité du double enjeu – social et économique – ici assigné par Combe au dispensaire témoigne de la permanence historique de certaines problématiques contemporaines, telles que l'accès aux soins pour tous et la rationalisation des coûts de la santé.

Le P<sup>r</sup> César Roux et ses collaborateurs  
à la salle des plâtres de l'Hôpital cantonal, 1900-1910



## QUE FAIRE DES DIPHTÉRIQUES ?

En 1881, l'épidémie de diphtérie qui sévit inspire à François Joël l'idée d'un pavillon séparé permettant l'isolement des enfants contagieux. Cette réalisation ne verra le jour qu'en 1928. En attendant, les médecins de l'Hospice de l'enfance affrontent comme ils le peuvent le risque de propagation des épidémies infantiles :

Nous avons eu, en outre, sept cas d'angine diphtérique, variant d'étendue, depuis la surface des amygdales jusqu'à l'extension à toute la gorge, aux fosses nasales et dans un cas au larynx; enfin un cas de plaie couverte de plaques diphtériques. Cette épidémie, qui s'est prolongée et aggravée dans les premiers mois de 1882, nous a donné beaucoup de peine et de soucis, à cause de la presque impossibilité d'isoler complètement nos petits malades. Nous sommes obligés de les loger en bas dans la chambre des opérés et, durant tout ce temps, il ne peut être question d'opérations quelconques, puis, la désinfection de la salle, malgré tous les soins de nos sœurs, ne laisse-t-elle rien à désirer? Préoccupé de ce grave sujet, j'ai soumis à notre Comité la question de savoir si dans l'avenir nous ne devrions pas, ou cesser de recevoir les diphtériques ou créer un pavillon d'isolement si les ressources de l'hospice venaient à le permettre. La question est à l'étude<sup>69</sup>.

Elle le restera un demi-siècle durant, régulièrement réactivée en cas d'épidémie. Concernant la diphtérie, la mise en service d'un local réservé aux contagieux dans le nouvel Hôpital cantonal ouvert en 1883 permet bientôt d'instaurer le renvoi systématique des patients diphtériques<sup>70</sup>. L'évolution des connaissances médicales et la mise en place d'une politique de santé publique fondée sur la science

<sup>69</sup> François Joël, Rapport sur le service médical, RA 1881, p. 7.

<sup>70</sup> Rapports annuels de l'Hospice de l'enfance, années 1881, 1891, 1961, archives HEL. Sur l'histoire de la lutte contre la diphtérie, voir notamment Kaba 2004.

bactériologique naissante fournissent également de nouveaux moyens de prévention et de traitement. Par contre, l'action des autorités n'est pas toujours suffisante : en 1886, la loi fédérale du 2 juillet signale les maladies épidémiques représentant « un danger général », mais ne mentionne pas la diphtérie, qui cause pourtant le plus grand nombre de décès d'enfants à fin du XIX<sup>e</sup> siècle après la gastro-entérite. Les recherches et l'engagement personnel de certains praticiens, tels qu'Adolphe D'Espine, médecin genevois impliqué dans la recherche sur l'origine bactériologique de la tuberculose et de la diphtérie<sup>71</sup>, mettent en évidence la nécessaire implication des services publics dans la lutte contre le croup<sup>72</sup>.

Le traitement local, basé sur l'application de divers produits astringents et antiseptiques comme l'acide citrique, demeure sans effet face aux atteintes les plus graves de la maladie, qui entraîne une production de muqueuses appelées « fausses membranes » au fond de la gorge, entravant la respiration de l'enfant au risque de provoquer son décès. À partir des années 1870, la généralisation de la trachéotomie, une intervention chirurgicale, permet de sauver la vie d'une part importante de petits malades.

<sup>71</sup> Adolphe D'Espine poursuit et fait connaître les recherches de Löffler, Roux et Yersin sur l'isolement et la transmission du bacille diphtérique. Palliant les lacunes de l'équipement fourni à la Faculté par l'État genevois, il développe un laboratoire privé de bactériologie à l'École de Chimie, dans lequel il regroupe et communique bénévolement aux médecins de la place l'ensemble de ses recherches bactériologiques, alimentées par sa pratique clinique au dispensaire. En 1908, il est nommé titulaire de la première chaire genevoise de clinique infantile. Kaba 2004.

<sup>72</sup> À Genève, l'arrêté du 13 janvier 1891 sur la déclaration obligatoire des maladies transmissibles comprend la diphtérie, Kaba 2004, pp. 42 et ss.

### L’Hospice de l’enfance dans la littérature romande

Comme son prédécesseur qui avait occasionnellement pratiqué cette opération, Victor Mercanton procède à plusieurs trachéotomies à l’Hospice de l’enfance. Son arrière-petite-nièce, l’écrivain Suzanne Derieux, le met en scène dans le roman inspiré par la vie de sa propre grand-mère, *Les sept vies de Louise Croisier née Moraz*. Elle y dépeint Victor Mercanton sauvant du croup l’un des fils de Louise, Robert : « Une des chambres d’isolement de l’hospice. Je tiens Robert contre moi pendant que mon oncle arrache une peau brunâtre de sa gorge et cautérise les endroits atteints. Il pleure à peine, nous fixe d’un regard interrogateur et las, se rendort sitôt couché. Victor m’ordonne de lui faire avaler régulièrement sa potion à tout prix. [...] Autour de moi, j’avais parfois entendu parler du faux croup et je n’avais jamais redouté le vrai, m’imaginant qu’il n’existait plus. Vers le milieu de la nuit, Robert fut pris d’une petite toux sèche, qui revenait par accès à intervalles réguliers. Il n’avait pas de fièvre au matin, mais il mit presque une heure à boire son biberon. Aucune peau ne s’était reformée sur les amygdales. Victor cautérisa pourtant à deux reprises des taches suspectes. [...] Je repris ma place au chevet de mon fils. Il était calme et je me persuadai que la maladie régressait. La première crise d’étouffement eut lieu à la tombée de la nuit. Il s’assit tout à coup, le visage violacé, la bouche grande ouverte et sans voix [...]. Mon oncle passa l’instant d’après ; je m’accrochai à son veston, je désignai la marque des ongles sur la peau de Robert, je le suppliai de tenter l’opération désespérée. – Il étouffe, il faut ouvrir pour que l’air puisse passer. – Qui t’a parlé d’opérer ? Je n’en ai pas le droit. Jamais, dans aucun hôpital, un si petit enfant n’a survécu à une pareille intervention. » [Derieux 1986, t. 2, pp. 29–35]

Si cette opération peut permettre de rétablir la respiration de l’enfant, elle n’agit pas sur la toxine produite par le bacille. Seul le développement du sérum antitoxique en 1890 à Berlin par Emil von Behring (1854–1917) et Shibasaburo Kitasato (1852–1941) met enfin à la disposition des praticiens et des services publics un produit qui à la fois prévient et soigne le mal. En Suisse romande, où une épidémie particulièrement sévère a causé plusieurs centaines de victimes au début des années 1890, les campagnes de sérothérapie se mettent en place à partir d’initiatives privées fortement soutenues et suivies par la population, avant d’être tardivement relayées par l’engagement des pouvoirs publics. Comme dans le reste de l’Europe, la sérothérapie se généralise rapidement dans les dernières années du siècle ; toutefois, du fait qu’elle est avant tout utilisée

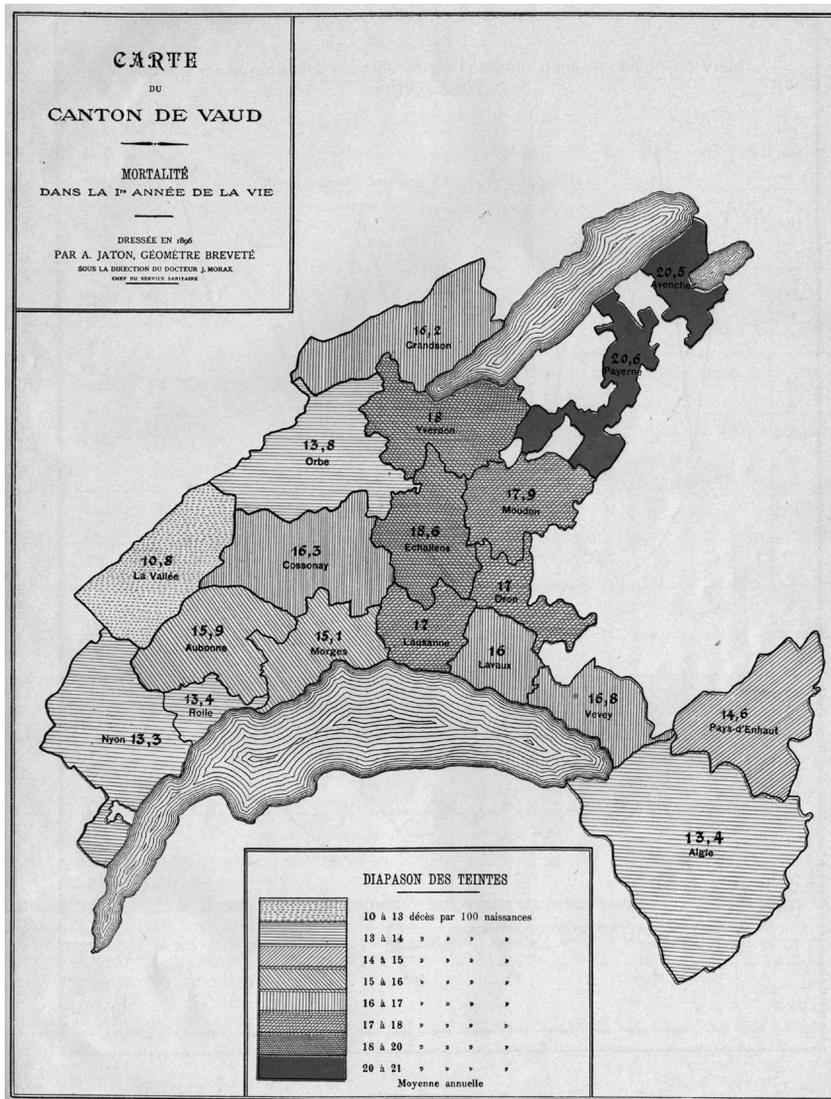
dans un but curatif bien que son action préventive ait été démontrée, elle ne permet pas l’éradication de la diphtérie. Celle-ci resurgit périodiquement malgré la vaccination par l’anatoxine, mise au point au cours des années 1920, faisant toutefois de moindres ravages que lors des épidémies du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>73</sup>.

### L’HOSPITALISATION : AU RISQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ?

Hors du croup, bien d’autres maladies infantiles peuvent présenter un caractère épidémique, faisant

.....

<sup>73</sup> En 1947, la diphtérie cause encore 194 décès en Suisse, 62 en 1949. Audeoud 1951 et Kaba 2004.



Carte du Canton de Vaud, Mortalité dans la première année de vie, 1896

toujours craindre la propagation et la contraction d'un virus par un patient sain au cours de son hospitalisation. Face au risque de contagion, deux solutions existent: l'isolement du malade ou son renvoi. Avant l'ouverture de son pavillon d'isolement, l'Hospice de l'enfance de Lausanne est contraint de négocier, de cas en cas, des solutions toujours précaires. Une chambre d'isolement a beau être créée en 1888, elle reste totalement insuffisante, comme le soulignent régulièrement les rapports médicaux de l'établissement. En 1881, quatre patients scarlatineux sont renvoyés à l'Hôpital cantonal, relançant le projet lancinant d'une division séparée. Ailleurs, la problématique est la même et compte parmi les arguments déterminants dans le processus de séparation des malades en fonction du type de leur pathologie et de leur classe d'âge. Aussi la contagion infantile joue-t-elle un rôle important dans l'émergence d'une nouvelle organisation de la médecine, qui tend à se constituer en savoirs et compétences spécialisés<sup>74</sup>.

La première étape de cette évolution, menant à la constitution d'une spécialité médicale, la pédiatrie, est liée à la prise de conscience des besoins et de la vulnérabilité spécifiques de cette population, dans un contexte socioéconomique qui change profondément au cours du XIX<sup>e</sup> siècle: urbanisation et paupérisation croissantes; développement des statistiques hospitalières permettant de chiffrer l'importance de la mortalité infantile; renouveau d'un discours religieux incluant prévoyance sociale – lutte contre le travail des enfants par exemple – et nouvelles normes d'hygiène, autant de facteurs

ayant favorisé la catégorisation des patients et l'apparition d'établissements spécialisés<sup>75</sup>.

Les vastes enquêtes initiées à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle sont le résultat de cette logique nouvelle: en 1899, dans sa *Statistique médicale du Canton de Vaud*, Jean Morax, alors chef du Service sanitaire, établit une distinction capitale entre les causes de décès « fatales » et celles, « évitables [...], qui dépendent de l'hygiène publique ». Nombre d'épidémies infantiles relèvent de cette seconde catégorie: entérite, rougeole, scarlatine, diphtérie ou coqueluche. L'étude des causes, en lien avec une observation comparative rigoureuse des habitudes de vie, de la couverture institutionnelle et des facteurs géographiques,

On peut grouper les malades de l'exercice de 1875, comme suit :

Diathèses, rachitisme, anémies, etc. . . . .	25
Maladies de la peau. . . . .	24
Maladies des os et des articulations. . . . .	17
Fièvres typhoïdes, gastriques. . . . .	22
Maladies du système nerveux, (Méningite, paralysies, chorées, etc.) . . . . .	14
Traumatismes (blessures, contusions, brûlures). . . . .	8
Affections de la bouche, de la gorge et des voies respiratoires. . . . .	16
Affections de l'estomac et de l'intestin. . . . .	40
Divers. . . . .	8
<b>TOTAL. . . . .</b>	<b>144</b>

Rapport sur le service médical,  
*Rapport annuel de l'Hospice de l'enfance, 1875*

<sup>74</sup> Voir notamment Rieder 2001 et Weisz 2006.

<sup>75</sup> On observe ce processus dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, à commencer par les catégories des « aliénés », puis des femmes (maternités), et des enfants.

— 6 —

**Rapport sur le service médical.**

**1<sup>o</sup> HOSPICE**

Malades traités en 1909 : 209.

Guéris . . . . .	114
Améliorés . . . . .	29
Stationnaires . . . . .	28
Morts . . . . .	13
En traitement au 31 décembre 1908 . . . . .	25
<b>Total,</b>	<b>209</b>

	Opérés.	Guéris.	Améliorés.	Stationnaires.	Morts.	En traitement.	Total.
<b>Maladies diathésiques.</b>							
Anémie . . . . .	—	1	1	—	—	1	3
Faiblesse générale . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Misère physiologique . . . . .	—	—	—	1	—	—	1
Purpura hémorrhagique . . . . .	—	—	1	—	—	—	1
Rhumatisme musculaire . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Scrofulose . . . . .	—	1	—	1	1	—	3
Rachitisme . . . . .	—	5	5	1	—	1	12
Syphilis congénitale . . . . .	—	—	1	—	—	—	1
<b>Maladies des organes respiratoires.</b>							
Laryngite . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Bronchite . . . . .	—	2	2	—	—	—	4
» capillaire . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Broncho-pneumonie . . . . .	—	2	—	1	—	—	3
Pneumonie . . . . .	—	7	—	—	2	—	9
Pleurésie . . . . .	—	2	1	—	—	—	3
» purulente . . . . .	3	2	—	1	—	—	3
Tuberculose miliaire . . . . .	—	—	—	—	1	—	1
<b>Maladies des organes de la circulation.</b>							
Endocardite . . . . .	—	—	—	—	—	1	1
<b>Maladies des organes de la digestion.</b>							
Muguet . . . . .	—	—	—	—	—	1	1
Amygdalite . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Angine pultacée . . . . .	—	2	—	—	—	—	2
Etat gastrique fébrile . . . . .	—	2	—	—	—	—	2
Catarrhe gastro-intestinal . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Gastro-entérite . . . . .	—	2	—	—	—	2	4
Entérite aiguë . . . . .	—	2	1	—	—	1	4
» chronique . . . . .	—	2	—	1	—	—	4
Dyspepsie . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Athrepsie . . . . .	—	3	—	—	—	1	4

— 7 —

	Opérés.	Guéris.	Améliorés.	Station- naires.	Morts.	En traitement	Total.
Tabès mesaraïca . . . . .	—	—	—	—	—	1	1
Péritonite tuberculeuse . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Fièvre typhoïde . . . . .	—	1	—	1	—	—	2
Cholérine . . . . .	—	—	—	—	3	—	3
Prolapsus du rectum . . . . .	—	—	—	1	—	—	1
<b>Maladies du système nerveux.</b>							
Méningite . . . . .	—	—	—	—	1	—	1
Méningisme . . . . .	—	—	1	—	—	—	1
Commotion cérébrale . . . . .	—	2	—	—	—	—	2
Nervosité . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Chorée . . . . .	—	1	3	—	—	1	5
Paral. infantile des deux jambes	—	—	—	—	—	1	1
Idiotie . . . . .	—	—	1	2	—	—	3
Encéphalocèle . . . . .	—	—	—	1	—	—	1
<b>Maladies des organes génito-urinaires.</b>							
Néphrite aiguë . . . . .	—	3	—	—	—	—	3
» chronique . . . . .	—	4	2	—	—	—	6
Incontinence d'urine . . . . .	—	1	1	—	—	—	2
Hypertrophie des grandes lèvres	1	1	—	—	—	—	1
<b>Organes des sens.</b>							
<i>Nez :</i>							
Adénoïdes . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
<i>Oreilles :</i>							
Polypes de l'oreille . . . . .	—	—	—	2	—	—	2
Otite moyenne . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
<i>Peau :</i>							
Impétigo du cuir chevelu . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
» de la face et du cuir chevelu . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Impétigo généralisé . . . . .	—	3	—	—	—	—	3
Eczéma impétigineux du cuir chevelu . . . . .	—	2	1	—	—	—	3
Eczéma impétigineux de la face	—	3	—	—	—	2	5
Eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Eczéma généralisé . . . . .	—	1	—	—	1	—	2
» séborrhéique . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Erythème polymorphe . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
<b>Os et articulations.</b>							
Fracture du nez . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
» de l'avant-bras . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
» de la cuisse . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
» du tibia . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Fracture de la jambe . . . . .	—	1	—	—	—	—	1

	Opérés.	Guéris	Améliorés.	Stationnaires.	Morts.	En traitement.	Total.
Contusion de l'épaule . . . . .	—	—	—	—	—	1	1
» du coude . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Coxalgie . . . . .	—	—	1	—	—	2	3
Réséction de la hanche . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Spondylite . . . . .	1	—	1	2	—	4	7
Arthrite tuberculeuse du coude	—	2	—	—	—	—	2
» du genou . . . . .	—	—	—	—	—	1	1
» des deux genoux	—	—	—	1	—	1	2
Ostéite de l'os malaire . . . . .	—	—	1	—	—	—	1
» du radius . . . . .	—	—	—	—	—	1	1
» des côtes . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
» de la malléole externe . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
» multiples . . . . .	1	—	2	—	—	—	2
Séquestre du fémur . . . . .	—	—	—	1	—	—	1
Ostéo-myélite du tibia . . . . .	1	—	1	—	—	—	1
Ancienne coxalgie (pour changement d'appareils) . . . . .	—	—	—	1	—	—	1
Ancienne résection de la hanche (p <sup>r</sup> changement d'appareils)	—	—	—	—	—	2	2
Ancienne spondylite, id. . . . .	—	—	—	1	—	—	1
Ancienne arthrite du genou, id.	—	—	—	—	—	1	1
Ancienne résection du genou (p <sup>r</sup> changement d'appareils)	—	—	—	3	—	—	3
<b>Tumeurs.</b>							
Hernie ombilicale . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
» de la ligne blanche . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
» inguinale droite . . . . .	8	8	—	1	—	—	9
» » gauche . . . . .	3	2	—	—	1	—	3
» » double . . . . .	1	2	—	1	—	—	3
Lymphome suppuré de la face . . . . .	1	—	1	—	—	—	1
» » de l'oreille . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
« sous-maxillaire . . . . .	—	—	1	—	—	—	1
Lipome sous-muqueux de la joue	1	1	—	—	—	—	1
Athérome de l'oreille . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
Kyste dermoïde de la paupière . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
» du cou . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
Angiome de la joue . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
» du menton . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
» ulcéré du dos . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
» de la cuisse . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
<b>Divers.</b>							
Brûlure de la face et du cou . . . . .	—	—	—	1	—	—	1
» du pied . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Ecrasement des 3 <sup>m</sup> e et 4 <sup>m</sup> e doigts de la main droite . . . . .	—	1	—	—	—	—	1

— 9 —

	Opérés.	Guéris.	Améliorés.	Station- naires.	Morts.	En traitement.	Total.
Plaie de l'index et du médius de la main droite . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Plaie du genou . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Furonculose . . . . .	—	1	1	—	—	—	2
Phlegmon gangreneux de la cuisse et du périnée . . . . .	—	—	—	—	1	—	1
Abcès tuberculeux des jambes. » » multiples . . . . .	—	1	—	—	—	—	1
Bec de lièvre . . . . .	1	1	—	—	—	—	1
Rien . . . . .	—	—	—	1	—	—	1

*Décès en 1909 : 13.*

3 bébés de 4, 6 et 18 mois sont morts de cholérine.

2 bébés de 12 mois, l'un admis pour eczéma généralisé et l'autre très rachitique, sont morts de pneumonie.

1 bébé de 5 semaines est mort d'un phlegmon gangreneux.

1 bébé de 12 mois est mort de misère à la suite d'abcès turberculeux.

1 petite fillette de 16 mois, scrofuleuse, est morte dans le marasme.

1 fille de 6 ans, admise pour tuberculose intestinale, est morte de tuberculose généralisée.

1 fille de 6 ans est morte de tuberculose miliaire aiguë.

1 garçon de 6 ans est mort de méningite.

1 fille de 5 ans est morte de pneumonie.

1 garçon de 14 mois est mort dans les convulsions à la suite d'une opération d'hernie.

*Opérations pratiquées en 1909 :*

1 opération d'hernie ombilicale par suture des piliers.

1 » » de la ligne blanche par suture des piliers.

8 » radicales d'hernie inguinale droite.

3 » » » gauche.

1 » d'hernie inguinale droite par suture des piliers.

1 » radicale d'hernie inguinale double.

3 pleurotomies pour pleurésie purulente.

1 opération de bec de lièvre.

3 excisions d'angiome

1 » d'un kyste dermoïde.

1 » d'un athérome.

1 excision de lipome sous-muqueux de la joue.

1 » des grandes lèvres.

1 » de gomme tuberculeuse.

\*

Rapport sur le service médical,  
Rapport annuel de l'Hospice de l'enfance, 1909

démographiques et climatologiques, démontre l'ambition d'une politique publique issue de la prise de conscience globale opérée tout au long du siècle.

Le fatalisme n'étant plus de mise, l'idéologie dominante est à la science et à ses paradigmes fondamentaux: nommer, chiffrer, comparer, classer, organiser l'action en vertu de données rationnellement acquises et éprouvées. L'hygiène publique et la notion moderne de prévention qui lui est liée sont issues de ce contexte idéologique, qui impose la nécessité d'une action en amont de la maladie et de la mort. « La science a fait d'immenses progrès et, cependant, la dîme mortuaire infantile n'a diminué que d'une manière insignifiante<sup>76</sup>. » Ne pouvant à elle seule conjurer l'apparition et le développement de la maladie, la médecine devient l'auxiliaire indispensable d'une entreprise sociale et politique globale, qui inclut aussi bien l'éducation du peuple et le contrôle de l'alimentation que la rationalisation de l'urbanisation et des équipements publics tels que l'approvisionnement en eau potable et l'aménagement des égouts, sans oublier l'isolement systématique des malades infectieux.

La nosologie s'est également développée. À l'Hospice de l'enfance, les premiers classements des pathologies traitées paraissent très sommaires en comparaison des listes détaillées présentées par le Dr Mercanton une trentaine d'années plus tard.

## DE LA CLINIQUE À LA FORMATION: PRÉMICES DES SPÉCIALISATIONS

À la fin du siècle, cette transformation de la médecine est généralement acquise dans les centres urbains d'Europe et des États-Unis: la répartition initiale des malades selon le sexe s'est ramifiée en fonction de critères liés à l'âge, au type de pathologie et à la symptomatologie (comme la contagion ou la chronicité du côté des maladies somatiques, l'agitation ou la tranquillité du côté des maladies mentales). À son tour, cette organisation de la clinique nourrit et renouvelle le savoir médical, qui s'appuie désormais sur une conception anatomo-pathologique de la maladie, définie désormais en fonction des seules lésions observables dans le corps. Reste un élément déterminant, au sein duquel la concentration des patients tient une place de première importance: la formation des médecins, dont les principes sont entièrement redéfinis à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>77</sup>.

À Paris, la première chaire des maladies des enfants, créée en 1878, est venue remplacer les anciens cours complémentaires introduits dès 1862 par Pierre Rayet, médecin de Napoléon III. Après la Révolution française, la politique de construction d'un réseau d'hôpitaux municipaux, dont beaucoup sont spécialisés, a favorisé l'approfondissement de pratiques différenciées. Le regroupement de cas similaires a constitué un terreau fertile pour la constitution de nouveaux savoirs médicaux.

La cartographie des disciplines médicales s'en trouve redessinée, en fonction notamment des diverses parties du corps possédant chacune ses

• • • • •  
<sup>76</sup> Morax 1899, p. 46.

• • • • •  
<sup>77</sup> Barras 1999.



Un patient de l'Hospice de l'enfance, début du xx<sup>e</sup> siècle

pathologies propres. En France et malgré la forte opposition des médecins en place vers 1850, la politique universitaire suit peu à peu cette restructuration du savoir. En Grande-Bretagne en revanche, l'élite médicale résiste davantage à l'émergence des spécialisations, craignant notamment que les établissements spécialisés portent préjudice aux grands hôpitaux généralistes. L'organisation de la profession et du tissu hospitalier y est très différente du modèle français, et la reconnaissance

des spécialités médicales passera davantage, au cours du xx<sup>e</sup> siècle, par l'obstination de médecins-chercheurs indépendants, travaillant à faire valoir et à transmettre les particularités de leur propre pratique clinique. La poussée de la concurrence internationale jouera également en faveur d'une validation des spécialisations par l'enseignement médical anglais<sup>78</sup>.

<sup>78</sup> Weisz 2003, pp. 536-575.

Aux États-Unis<sup>79</sup>, Abraham Jacobi, médecin et chef de file idéologique de la pédiatrie américaine, définit les normes et les valeurs professionnelles de ce nouveau praticien qu'est le pédiatre. Celui-ci doit non seulement s'impliquer dans le traitement de ses patients mais, plus largement, doit inclure l'hygiène infantile, l'alimentation et la prévention. « Une section spéciale sur la pathologie des enfants attirera l'attention non seulement sur les enfants malades, mais sur les enfants sains, sur la manière dont il faut s'en occuper et les nourrir<sup>80</sup>. » Pour Jacobi, la pédiatrie n'est pas une spécialité comme les autres : elle s'occupe d'un organisme tout entier et non d'un seul organe. Elle ne peut donc être considérée en tant que simple division de la médecine clinique, dont elle embrasse tout le champ :

La pédiatrie ne s'occupe pas d'hommes et de femmes miniature, de doses réduites et de classes identiques de maladies dans des corps plus petits, mais elle a son étendue et son horizon propres<sup>81</sup>.

Ainsi la médecine occidentale se transforme-t-elle, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, sous l'influence double de transformations externes liées à l'évolution du contexte social et culturel général, et de dynamiques internes, liées à l'évolution des savoirs

.....  
<sup>79</sup> Halpern 1988, pp. 50 et ss.

<sup>80</sup> « A special section on the pathology of children will [...] not only give its attention to the sick, but to the well child, to the questions of how to nurse and how to feed », Abraham Jacobi, *An address on the Claims of Paediatrics Medicine*, 1880, pp. 712-713, cité d'après Halpern 1988.

<sup>81</sup> « Pediatrics does not deal with miniature men and women, with reduced doses and the same class of diseases in smaller bodies, but [...] it has its own independant range and horizon », Abraham Jacobi, « The relations of Pediatrics to General Medicine », *Transactions of the American Pediatric Society* 1 (1889), p. 8, cité d'après Halpern 1988.

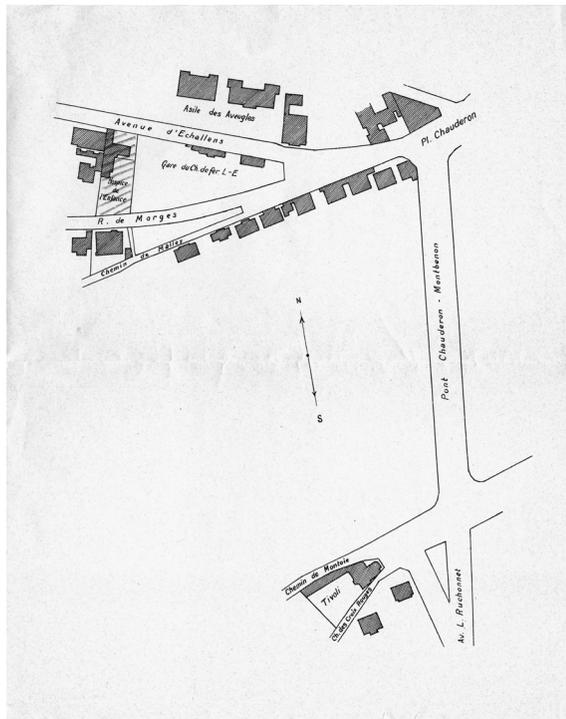
médicaux et des pratiques professionnelles. L'une et l'autre concourent à déterminer l'émergence des spécialités médicales, assurément l'un des phénomènes les plus marquants de l'histoire de la médecine au cours de ces 150 dernières années. Au sein de ce processus, la pédiatrie occupe une place de choix. En Suisse, nous verrons que c'est surtout à partir des années 1910 que les soins à l'enfance gagneront, de haute lutte, une place à l'Université. Mais le débat est déjà engagé et suscite des réactions contrastées. Au moment de la création de la Faculté de médecine de Genève, en 1876, le médecin Jean-Louis Prévost assure ainsi qu'il « serait fâcheux d'inaugurer dans notre Faculté les chaires de spécialités ; si l'on crée une chaire pour les maladies d'enfants, il n'y a pas de raison pour ne pas créer aussi des chaires de gynécologie, d'ophtalmologie, d'obstétrique ou bien sinon une chaire pour les maladies des vieillards<sup>82</sup> ». La création de la Société suisse de pédiatrie, en 1901, témoigne cependant de l'émergence d'une nouvelle spécialité<sup>83</sup>.

## GESTATION DU FUTUR BÂTIMENT

Dans les premières années du nouveau siècle, l'Hospice de l'enfance de Lausanne commence à se trouver à l'étroit. La salle de repassage pallie régulièrement l'absence de chambre d'isolement, l'existence d'un réfectoire fait défaut et les petits patients relevant de la médecine et de la chirurgie se partagent un même dortoir. Le comité,

.....  
<sup>82</sup> Jean-Louis Prévost (1838-1927), Université de Genève, *Registre de la Faculté de médecine*, t. 1 (1876-1890), 29 mars 1876, cité par Rieder 2001, p. 35.

<sup>83</sup> Droux 2001, p. 44.



Plan de l'Hospice de l'enfance en 1909

conscient de ces limites, songe à une expansion des locaux, que deux legs importants, reçus en 1896 et immédiatement constitués en tant que base du « fonds de reconstruction » créé à l'occasion. rendent envisageable. En 1901, les comptes de l'hospice sont bénéficiaires pour la troisième année consécutive, ce qui permet d'alimenter le nouveau fonds, désormais doté de plus de 40'000 francs.

L'espoir d'un agrandissement prochain n'entrave pas la poursuite d'une politique d'amélioration des équipements et des locaux: en 1903, la salle d'opération est remise à neuf, une salle d'isolement

est enfin créée et un appareil pour courant continu et électrolyse est acquis l'année suivante. Le dispensaire est devenu un élément incontournable de la vie sanitaire des petits Lausannois: le nombre des consultations s'élève maintenant à près de 3000 par an. L'inadéquation du bâtiment et l'augmentation de la fréquentation rendent cependant urgente la recherche de solutions nouvelles.

Le nombre de nos petits hôtes s'est sensiblement accru en 1906. Ce fait est venu s'ajouter à d'autres, relevés précédemment, tels que les conditions de logement peu satisfaisantes de notre personnel, l'insuffisance des locaux d'isolement, etc., pour engager le Comité administrateur à aborder en face la question d'une nouvelle construction. Un examen attentif nous a convaincus que l'on ne peut songer ni à agrandir le bâtiment actuel, ni à lui substituer un autre édifice: l'espace dont nous disposons est trop restreint et une démarche tentée auprès de la Compagnie du chemin de fer L.E. Nous a enlevé tout espoir d'acquiescer, à l'est du bâtiment actuel, la bande de terrain sans laquelle aucune extension n'est possible [...]. Nous entrevoyons cependant une solution satisfaisante<sup>84</sup>.

En 1907, un événement extérieur vient renforcer le projet de reconstruction: le bâtiment de l'hospice échappe en effet de justesse à l'incendie qui détruit la gare des chemins de fer Lausanne-Échallens. Le comité y voit un signe de bonne augure:

Béni soit Dieu, car il a signalé sa bonté envers nous<sup>85</sup>!

Un an plus tard, le notable William Charrière, propriétaire d'un terrain favorablement situé, propose au comité des conditions de vente favorables. Le processus est lancé, l'élaboration des

.....

<sup>84</sup> RA 1906, p. 5.

<sup>85</sup> RA 1907, p. 5.

plans est confiée à l'architecte Henri Verrey<sup>86</sup>. La Municipalité de Lausanne, en rachetant le premier bâtiment de l'hospice pour la somme de 150'000 francs, vient équilibrer l'important effort financier que la fondation aura bientôt à assumer. Songeant déjà aux futures extensions du nouvel Hospice de l'enfance, le comité se réjouit de disposer désormais de toute la place nécessaire.

Muni des pleins pouvoirs de l'assemblée générale, le Comité est entré en possession, en janvier dernier, d'un terrain de la contenance de 5300 m<sup>2</sup>, situé à Montétan, à proximité de la route et du tramway. Le propriétaire, M. William Charrière de Sévery, tenant compte du but que nous poursuivons, nous a fait des conditions favorables [...]. L'étendue de ce terrain permettra l'édification d'un bâtiment conforme à nos vœux avec, autour, tout l'espace désirable. Quand nos après venants voudront procéder à un agrandissement ou à l'érection d'une annexe, ils ne seront pas arrêtés par le manque de place, comme nous l'avons été. Reste maintenant à construire<sup>87</sup>.

• • • • •

<sup>86</sup> Voir chapitre 2.

<sup>87</sup> RA 1908, pp. 3-4.



## 1912–1961 MONTÉTAN : L'ÉPOQUE CLASSIQUE

Quand l'Hospice de l'enfance s'apprête à emménager sur le site de Montétan, qui est toujours le sien aujourd'hui, l'œuvre célèbre son cinquantième anniversaire. L'année précédente, 1910, aura été « tour à tour sombre et lumineuse ». Alors que les travaux de terrassement du futur bâtiment étaient déjà bien avancés, l'Hospice de l'enfance a perdu une figure éminente : le D<sup>r</sup> Victor Mercanton, dont l'habitude était de fêter à la fois son anniversaire et l'année nouvelle près de ses patients chaque premier janvier, s'est éteint<sup>1</sup>.

Nous n'exagérons pas en disant que, pour nos petits malades et pour le personnel de l'Hospice, il en fut alors comme d'une famille qui venait de perdre son chef.

Afin de lui rendre hommage dans l'esprit de dévouement philanthropique qui avait animé son engagement, le comité lance un appel public en faveur de la création d'un « Lit du docteur Mercanton ».

Les dons reçus sont capitalisés en un fonds inaliénable, dont les intérêts serviront à hospitaliser gratuitement un enfant.

Parallèlement, le comité consacre toute son attention aux progrès de la construction en cours,

.....

<sup>1</sup> Comme le rappelle avec émotion le pasteur Édouard Herzog, président du comité de l'Hospice de l'enfance, dans le discours qu'il prononce à l'enterrement du médecin. *Feuille d'avis officiel* du 29 juillet 1910, dossiers ATS, ACV.

supervisée par l'architecte Henri Verrey. Membre du comité d'administration de l'Hospice de l'enfance depuis 1895, celui-ci est un personnage important de l'histoire de l'architecture romande et, particulièrement, de l'architecture hospitalière. Président de la Société vaudoise des architectes et ingénieurs, fondée par son père Jules-Louis Verrey qui l'avait précédé au comité de l'hospice, il est très engagé dans le mouvement de l'Église libre et contribue activement à plusieurs œuvres de bienfaisance. Il est notamment l'auteur des plans du nouvel hôpital de Saint-Loup en 1897, dont l'organisation en matière d'infrastructure hospitalière servira de modèle à bon nombre d'établissements hospitaliers<sup>2</sup>.

Le comité décide de repousser d'un an la célébration des cinquante ans de l'Hospice de l'enfance et de la faire coïncider avec l'inauguration de Montétan.

.....

<sup>2</sup> Henri Verrey (1852–1928) est également l'architecte de plusieurs sanatoria, de l'Hôpital de La Source, de l'Asile de Lavigny et de diverses constructions à but médical. Concepteur du pavillon d'isolement de l'Hospice de l'enfance édifié en 1928, il meurt peu avant son achèvement, confié à son fils Jules, à son tour architecte et membre du comité de l'Hospice de l'enfance. *Gazette de Lausanne*, 17 octobre et 28 avril 1928; Donzé 2007, p. 199. Sur Verrey, et ses réalisations sanitaires et médicales, voir Lüthi 2011.

Pour le présent, il s'agit de préparer le trousseau de l'Hospice de Montétan. C'est dire que nous avons besoin, non seulement d'une petite légion de lingères bénévoles, mais encore de collecteurs, de collectrices et de « collectés », qui assureront le succès de la souscription par carte, organisée pour subvenir aux frais de cet ordre, lesquels dépassent 7'000 fr. Puis, dans quelques mois, quand nous pressentirons le prochain épuisement de notre fonds de construction, nous ferons appel à la libéralité de nos amis, en vue de parfaire les 300'000 fr. que nous coûtera vraisemblablement notre nouveau bâtiment, avec son mobilier et ses installations spéciales. Le fonds de construction, qui s'élevait à 70'471 fr. 05 au 31 décembre 1910, s'est augmenté, dès le 8 janvier 1911, des 150'000 fr. que la Commune de Lausanne nous a versés pour l'acquisition de notre immeuble de l'avenue d'Échallens, dont nous sommes locataires, moyennant un loyer annuel de 6'000 fr. [...]. Il nous reste à exprimer notre reconnaissance à toutes les personnes auxquels [sic] l'Hospice de l'enfance est redevable. La liste en est longue: notre personnel, nos docteurs, nos aides volontaires, nos donateurs, nos fournisseurs, qui témoignent souvent d'un désintéressement touchant, les bienveillantes pourvoyeuses de la charrette du marché et bien d'autres encore. À tous ces fidèles amis de l'enfance souffrante, notre chaleureux: Merci!<sup>3</sup>



L'Hospice de l'enfance dans les premières années du xx<sup>e</sup> siècle

## UNE SUCCESSION, DEUX SERVICES

À la mort de Victor Mercanton, le D<sup>r</sup> Edmond de Rham<sup>4</sup>, qui l'assistait au dispensaire depuis 1896 et avait été nommé médecin-adjoint en 1903, lui succède. Parallèlement, un nouveau personnage, qui marquera lui aussi l'histoire de l'hospice, y fait

<sup>3</sup> RA 1910, pp. 5-6.

<sup>4</sup> Edmond de Rham (1867-1954) obtient son doctorat de médecine en 1894. Outre son engagement auprès de l'Hospice de l'enfance, il est aussi fortement impliqué dans l'œuvre de l'Asile des aveugles depuis 1900. D'abord membre de son Conseil d'administration, il en devient le président de 1942 à 1952. Dossiers ATS, ACV.

son entrée. Henri Vulliet est engagé en tant que chirurgien, le D<sup>r</sup> de Rham conservant la direction médicale. Ancien chef de clinique auprès de César Roux, Vulliet est privat-docent de chirurgie à la Faculté de médecine de Lausanne depuis 1898. Praticien, enseignant et chercheur réputé, il est souvent appelé à opérer dans diverses localités du canton et se dit « commis voyageur en chirurgie ». Au cours de sa carrière à l'Hospice de l'enfance, ce sont ses collègues qui viennent à lui, « accourent lui exposer leurs difficultés, lui demander conseil, lui apporter des radiographies d'interprétation difficile ». Les

procès-verbaux des séances du comité de l'établissement témoignent de sa constante implication dans la vie quotidienne de l'établissement et dans les débats touchant, par exemple, au statut des médecins ou à la question de la participation de l'État aux finances de l'hospice<sup>5</sup>.

Cette double succession marque le début d'une époque de restructuration de l'organisation médicale. Le procès-verbal de la séance du comité du 13 octobre 1910 signale ainsi que « ces deux messieurs ont pris entr'eux un arrangement consistant

à diviser les consultations, de même que le service de l'hospice, en service de médecine et service de chirurgie ». Dans ce sens, ils proposent un développement des deux ailes prévues, ce qui engendre une augmentation de l'ordre de quatre à cinq mille francs.

Le Comité, ainsi que Sœur Dora, trouvant, en somme, ces modifications heureuses, [...] il a été donné d'urgence des instructions à l'entrepreneur en vue de l'exécution<sup>6</sup>.

De Rham suggère en outre, selon ce qu'il a remarqué dans un hôpital de Cologne, que les cloisons séparant les dortoirs soient partiellement construites en verre afin d'agréments l'aspect général et de faciliter la surveillance<sup>7</sup>.

Les D<sup>rs</sup> de Rham et Vulliet instaurent ainsi à l'Hospice de l'enfance un fonctionnement bipolaire tout à fait dans l'air du temps. Dans l'ensemble de la Romandie, les chirurgiens formés à l'école de César Roux sont les fers de lance d'une modernisation générale des hôpitaux : séparation des services, perfectionnement des équipements techniques qui ne cessent d'évoluer, reconnaissance de la chirurgie en tant que discipline spécialisée et autonome<sup>8</sup>. Cette réorganisation des services marque un jalon important du processus de développement dans lequel l'Hospice de l'enfance s'engage à grands pas et qui s'inscrit désormais dans l'organisation spatiale de ses locaux.

<sup>5</sup> Henri Vulliet (1869–1932) étudie la médecine à Lausanne, Berne et Zurich avant d'exercer, dès l'âge de 24 ans, comme chef de clinique auprès du chirurgien César Roux. Depuis 1893, il assure la consultation externe de chirurgie de l'Hôpital cantonal, qu'il abandonne au moment de sa nomination à l'Hospice de l'enfance. Le D<sup>r</sup> Exchaquet, son collègue à l'Hospice de l'enfance dès 1913, souligne que « son cœur était chaud et vibrant, mais il le dissimulait sous un masque de froideur, une réserve absolue à l'égard de tout ce qui ne touchait pas à sa profession ». Nommé professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Lausanne en 1913, Vulliet est connu comme un enseignant passionné. En 1926, il succède à César Roux comme professeur ordinaire de clinique chirurgicale et chef du service de chirurgie et se retire dès lors de l'Hospice de l'enfance, demeurant cependant le médecin-conseil de l'établissement, à la demande du comité. Il publie de très nombreux travaux, dont plusieurs études touchant à la chirurgie et à l'anesthésie infantiles, à la chirurgie traumatique et à la chirurgie militaire. Il s'implique également dans les recherches sur la chirurgie dite sociale qui, de même que la médecine sociale, étudie le traitement des maladies dont le développement est particulièrement lié aux conditions socio-économiques, et dont l'exemple typique, en ces premières décennies du xx<sup>e</sup> siècle, est la tuberculose. Président de la commission des tuberculeux chirurgicaux de la Ligue Vaudoise contre la Tuberculose, Vulliet est en outre un membre actif et apprécié de la Société suisse de Chirurgie, de la Société vaudoise de Médecine et de la *Revue médicale de la Suisse romande*. Ce travailleur acharné conservait néanmoins quelques loisirs et s'était forgé une réputation d'« escrimeur de grande classe ». Exchaquet & Reinbold 1934 ; *Cinquantenaire de la Faculté de médecine de Lausanne*, 1940, p. 113.

<sup>6</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 13 octobre 1910.

<sup>7</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 15 décembre 1910, p. 14.

<sup>8</sup> Donzé 2007.

## L'EMMÉNAGEMENT AU CHEMIN DE MONTÉTAN

Au mois de juin 1912, les enfants hospitalisés sont transférés dans le nouveau bâtiment « au moyen d'une voiture d'ambulance automobile, gracieusement prêtée par la Maison Addor & Cie<sup>9</sup> ». Le 12 septembre, l'établissement célèbre son cinquante et unième anniversaire en inaugurant son nouveau foyer. Plus de deux cents personnes participent aux festivités et, comme en 1865, les autorités publiques sont largement représentées. Le Dr Jean Morax, chef du Service sanitaire cantonal et conseiller d'État, félicite le bureau Verrey d'avoir « donné l'importance qu'elles méritent aux salles d'opérations » de l'établissement. Le conseil communal et la municipalité de Lausanne ont également délégué leurs représentants, de même que plusieurs institutions ecclésiastiques et sociétés de bienfaisance. La décoration florale est offerte par un horticulteur, les chaises sont prêtées par les conseils de la paroisse de Saint-Paul et de l'Église libre, un piano doit accompagner la chorale d'enfants<sup>10</sup>.

Chacun peut apprécier les qualités d'une construction où « partout les dernières exigences de l'hygiène et du confort ont été observées; on a évité soigneusement les "nids à poussière"; les planchers sont recouverts de linoléum. Un superbe jardin entoure le bâtiment<sup>11</sup> », entièrement desservi par un ascenseur. Le dispensaire bénéficie maintenant d'une entrée particulière, deux salles d'opérations ont été aménagées au rez-de-chaussée et les services de médecine et chirurgie se répartissent de part et

d'autre de la pouponnière, au premier étage. Les deux derniers étages comprennent des dortoirs supplémentaires, des chambres d'isolement ainsi que celles du personnel. De grandes terrasses permettent, à chaque étage, d'installer les lits des enfants à l'extérieur, pour que ceux-ci bénéficient des vertus thérapeutiques du plein air, selon les conceptions de la climatothérapie en usage à l'époque.

Du côté des équipements techniques, les laboratoires se trouvent au sous-sol, à côté d'un local encore vide, réservé au futur service de radiographie. Son installation se fera en 1913, au moment de l'engagement de Jules Senaud, radiographe de l'Hospice de l'enfance jusqu'à sa mort en 1935<sup>12</sup>. Le nouveau bâtiment de l'hospice, situé à l'écart de l'agitation urbaine, bénéficie néanmoins des avantages de la proximité de la ligne de chemin de fer du Lausanne-Échallens-Bercher (LEB), qui a accepté la création d'un nouvel arrêt facultatif, sur demande de l'établissement. Outre l'accessibilité, la préservation d'un environnement calme et protégé constitue tout au long de son histoire un enjeu important aux yeux des dirigeants de l'institution. De plus, la disposition du bâtiment par rapport au terrain laisse la double possibilité d'une intimité par rapport à l'environnement immédiat et d'éventuelles extensions futures.

<sup>9</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 8 juillet 1912.

<sup>10</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 26 septembre 1912.

<sup>11</sup> *Gazette de Lausanne*, 27 septembre 1912.

<sup>12</sup> *Gazette de Lausanne*, 27 septembre 1912 et rapports annuels.



« Les médecins d'enfants sont unanimes à préconiser l'air comme moyen thérapeutique. C'est ainsi que l'on tend de plus en plus à placer les petits pneumoniques en plein air, sur une terrasse, sur un balcon, voire même sur l'embrasure d'une fenêtre. On a, en effet, observé que la pneumonie, soignée en plein air, évoluait plus favorablement que dans un local fermé, soit que l'air tonifie puissamment le malade, soit qu'il atténue la virulence du microbe. » [D<sup>r</sup> Taillens, professeur de Clinique infantile à l'Université de Lausanne, « La lutte, en Suisse, contre la morbidité et la mortalité infantiles », extrait du supplément de *L'illustration*, 19 décembre 1936]

## DIVISER, RÉGLEMENTER: UNE NOUVELLE CULTURE DE LA PRATIQUE MÉDICALE

L'installation à Montétan, la division des services et le développement de la capacité d'accueil de l'institution entraînent une restructuration de l'organisation interne, avec établissement de divers règlements. Pour la première fois, un interne, soit un médecin assistant entièrement attaché à l'établissement hospitalier, est engagé et sera désormais remplacé chaque année. Le premier titulaire de ce nouveau poste est le médecin Henri Paschoud, dont l'entrée en fonction a lieu le 15 juillet 1912. L'article 1 du règlement de ce poste stipule qu'il « ne peut être confié qu'à une personne (homme ou femme) de bonne éducation, présentant toutes garanties d'honorabilité et de moralité, disposée à se conformer à l'esprit de l'institution et à s'adapter aux habitudes de la maison », l'exigence du diplôme suisse

de médecine n'étant mentionnée qu'au troisième article.

L'engagement court sur une année, « l'interne a droit à un après-midi de congé par semaine, à deux dimanches de congé par mois et à trois semaines de vacances par an [et son salaire est] de 420 à 500 fr. par an, avec logement, nourriture et blanchissage ». Il ne peut donner aucune consultation privée et doit loger sur place afin d'être en tout temps disponible, ce qui pose problème à Henri Paschoud, logé à quelque distance de là, mais qui, « disposant d'une motocyclette et, à défaut, d'une automobile, [...] s'engage à venir à toute heure de la nuit s'il est appelé à l'Hospice, avec toute la célérité possible<sup>13</sup> ».

Dans la foulée, le règlement de 1893 sur l'admission des malades est révisé. L'âge maximal des patients passe de 12 à 14 ans, et la mention d'un âge minimal, auparavant fixé à 2 ans, disparaît. Ce principe n'a d'ailleurs jamais été appliqué : l'examen

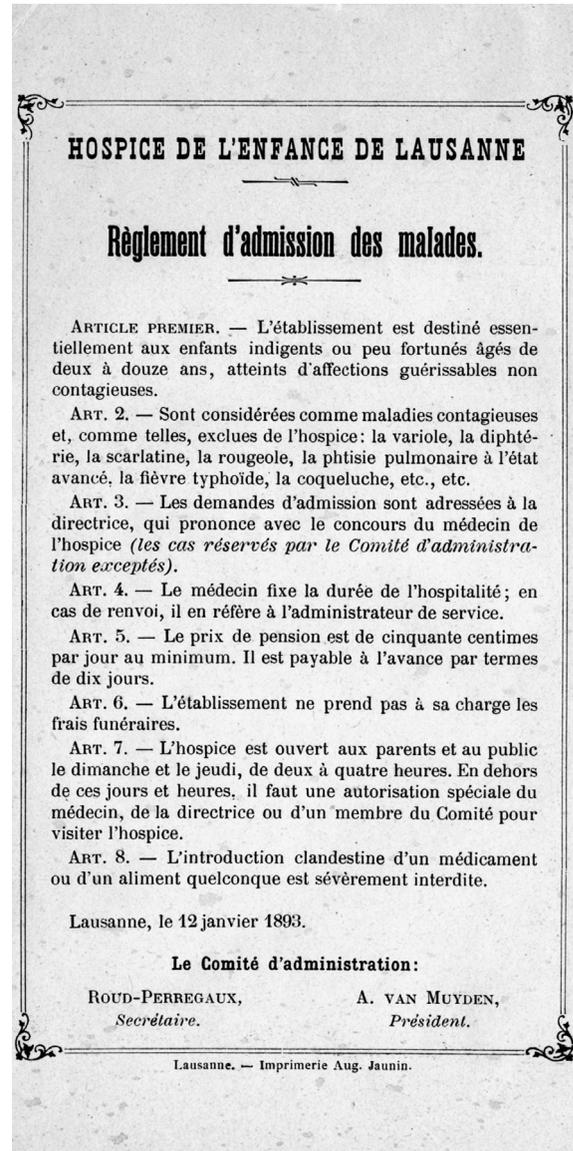
• • • • •  
<sup>13</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 8 juillet 1912.

### La question d'un interne : en 1892 déjà

Avec la création de ce poste d'interne, l'Hospice de l'enfance s'engage dans la participation au cursus de formation des médecins, tout en bénéficiant de la présence d'un jeune praticien à demeure. Le Département cantonal de l'Intérieur s'était adressé à l'établissement en juillet 1892 déjà, exposant qu'il « serait désirable de mettre à profit les établissements hospitaliers de la ville » pour le service d'internat et d'assistance de la Faculté de médecine. Le comité, après discussion avec le médecin-chef de l'époque, Victor Mercanton, avait répondu qu'il était en principe favorable à une telle requête et disposé à recevoir un étudiant, mais qu'aucun engagement fixe n'était envisageable : « L'accord à intervenir entre l'Hospice et l'Administration Supérieure serait à bien plaisir, de manière à ne pas nous lier les mains. Quant à créer à l'Hospice de l'enfance une place d'interne proprement dite, c'est-à-dire un assistant à demeure dans la maison, avec logement, nourriture et honoraires, il ne saurait en être question, pour le moment du moins, nous n'avons ni l'espace, ni l'argent, ni le matériel nécessaire pour cela : Autrement dit, les avantages seraient purement scientifiques. » [Procès-verbal de la séance du comité du 6 octobre 1892]

des registres d'entrée du XIX<sup>e</sup> siècle montre que les patients de l'Hospice de l'enfance ont toujours compté parmi eux quelques enfants en très bas âge. La liste des maladies contagieuses excluant d'office une entrée à l'hôpital comprend, en 1912, la diphtérie, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, la varicelle, les oreillons, la tuberculose pulmonaire et la gale, tandis que la variole n'est plus mentionnée. L'acte de naissance ainsi qu'une déclaration de fortune peuvent être exigés, ce qui est nouveau, et le prix de la pension journalière passe désormais à 75 centimes, non compris les éventuels frais d'opération ou d'exams. Ce règlement précise encore qu'un malade peut être reçu à titre de pensionnaire si aucune dépense supplémentaire n'en résulte et que la disponibilité le permet.

Enfin et comme c'est l'usage dans l'ensemble des établissements hospitaliers, les frais funéraires sont à la charge des familles, ce qui était déjà le cas en 1893. Car il arrive bien sûr qu'un enfant meure au cours de son séjour, comme le rappelle le rapport médical de l'institution, qui expose généralement les causes et circonstances des décès qui jalonnent inévitablement la vie d'un hôpital. Dans l'histoire de l'Hospice de l'enfance, le premier patient qui succombe à son mal, une bronchite tuberculeuse, est un petit garçon de 8 ans, admis le 23 avril 1863 et mort quarante-deux jours plus tard. En 1910, parmi les quatorze décès répertoriés dans le rapport médical, deux sont dus à la tuberculose, dont la progression inquiète les autorités sanitaires vaudoises. En 1911, le chef du service sanitaire rédige un rapport sur ce sujet, sur demande du Conseil d'État. La première décennie du siècle a vu la création, en 1902, du Sanatorium populaire de Leysin et, en 1910, du Sanatorium des enfants, tous deux subventionnés par l'État de Vaud.



Règlement pour l'admission des malades, 1893

HOSPICE DE L'ENFANCE DE LAUSANNE

RÈGLEMENT  
POUR L'ADMISSION DES MALADES

Art. 1. — Conformément aux intentions de ses fondateurs, l'Hospice de l'Enfance est destiné aux enfants malades âgés de moins de 14 ans, indigents ou peu aisés, atteints d'affections non contagieuses.

Art. 2. — Sont considérées comme maladies contagieuses et, comme telles, exclues de l'Hospice : la diphtérie, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, la varicelle, les oreillons, la tuberculose pulmonaire, la gale.

Si toutefois une de ces maladies éclate chez un enfant hospitalisé et en traitement dans la maison, elle pourra être soignée dans les locaux réservés pour ces cas, à l'exception de la scarlatine, qui sera évacuée.

Art. 3. — Pour obtenir l'admission d'un malade, une demande écrite, accompagnée d'une déclaration médicale doit être adressée ou remise à la direction de l'Hospice ; ou bien l'enfant sera amené à la consultation de l'Hospice pour y être examiné par un des médecins de l'établissement, et il sera prononcé séance tenante sur l'admission.

L'acte de naissance de l'enfant et, éventuellement, une déclaration de fortune seront demandés aux parents ou tuteurs.

Art. 4. — L'admission sera prononcée par la directrice, la demande ayant été soumise aux deux médecins de l'Hospice.

Art. 5. — La durée de l'hospitalisation sera fixée par le médecin traitant, d'accord avec la directrice.

Art. 6. — Le prix de pension est de 75 cent., *au minimum*. Il sera fixé par la directrice qui peut exiger, à l'arrivée du malade, telle garantie jugée nécessaire.

Art. 7. — Une finance spéciale pourra être réclamée pour frais d'opération et d'appareils, ainsi que pour examen ou traitement radiographique.

Art. 8. — Occasionnellement, l'Hospice pourra recevoir un malade à titre de pensionnaire, à condition toutefois : 1° que la maladie ne soit pas contagieuse ; 2° que le service général de la maison n'en soit nullement gêné ; 3° que les exigences de la famille ou du médecin traitant n'entraînent aucuns frais pour l'Hospice.

Art. 9. — L'établissement ne prend pas à sa charge les frais funéraires.

Art. 10. — L'Hospice est ouvert aux parents et au public aux jours et heures affichés dans la maison. En dehors de ces jours et heures, il faut une autorisation spéciale pour voir un malade ou visiter la maison.

Par mesure de prudence, les enfants ne sont pas admis à visiter les malades.

Art. 11. — Dans l'intérêt des malades, l'introduction non autorisée d'aliments ou de boissons quelconques est interdite. Toute infraction à cette règle pourra entraîner, pour les contrevenants, l'interdiction des visites.

LE COMITÉ.

Mai 1912.

LAUSANNE. - IMP. COOPÉRATIVE LA CONCORDE

La construction d'annexes et de nouveaux établissements spécialisés dans le traitement de la tuberculose, largement débattue, rend cruciale la question de la participation financière de l'État. Les propositions du D<sup>r</sup> Pochon, partisan d'un soutien étatique et auteur de la Motion Pochon, font l'objet de vives discussions, à un moment où le corps médical est partagé sur les mesures de prévention et où la loi fédérale sur les maladies transmissibles est en cours d'élaboration. Le procès-verbal du débat qui agite la séance du Grand Conseil du 13 novembre 1912, mentionne ainsi le « discours plein d'humour » de l'un des médecins présents, le D<sup>r</sup> David :

On a voulu faire croire à la contagion de la tuberculose, alors qu'on sait fort bien qu'il suffit de quelques mesures hygiéniques pour s'en préserver [...]. On a la tendance aujourd'hui à voir partout des tuberculeux, comme il y a quelques années tout le monde était hystérique [sic], ou tous tenaient à avoir leur petite appendicite. Il y a une part de fumisterie là-dedans. (*Rires*)<sup>14</sup>.



Des enfants gravement atteints lors de leur arrivée à Leysin, faisant du ski après leur guérison, *Contre la tuberculose*, 1913

À l'Hôpital de l'enfance et en dépit des facilités qu'offre le bâtiment de Montétan en matière d'isolement, les conditions de séparation des enfants contagieux demeurent insuffisantes. Aux côtés des médecins qui soulèvent régulièrement cette question, Claire Frommel, nouvelle sœur-directrice de l'Hospice de l'enfance, sera une instigatrice importante du futur pavillon d'isolement.

## RÉPARTITION DES POUVOIRS

En cette année-charnière 1912, Sœur Dora Ramsperger vient en effet de mourir. Très affaiblie, elle s'était retirée à la Maison-mère de Saint-Loup depuis une année, restant, sur la prière du comité, directrice honoraire de l'Hospice de l'enfance. Comme il l'avait fait à la mort du D<sup>r</sup> Mercanton, le comité crée un Lit Sœur Dora. Le lundi 8 juillet 1912, Oscar Rau, directeur de Saint-Loup, « après avoir brièvement retracé la carrière toute de dévouement et d'amour de notre chère Sœur Dora, qui a dirigé l'Hospice de 1882 à 1912, soit pendant 30 ans, remet avec l'assentiment du Comité administratif la Direction à Sœur Claire Frommel, dont la tâche sera sensiblement plus considérable que celle de sa devancière<sup>15</sup> ». Quelques mois auparavant, le comité avait précisé le rôle incombant à la sœur-directrice, dont « la présence, l'autorité, l'influence [et les] hautes qualités morales » sont essentielles. Les relations existant entre elle et le comité, les médecins, le personnel, dans l'« Exposé de principes » établi en vue du prochain transfert dans les nouveaux locaux. Rappelant que l'hospice est « une institution

<sup>14</sup> *Gazette de Lausanne*, 14 novembre 1912.

<sup>15</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 8 juillet 1912.

administrée et dirigée dans l'esprit chrétien [et qu'] en conséquence, la roideur administrative continuera à lui rester étrangère, [...] le Comité administrateur et la Direction auront toujours à cœur de sauvegarder, en même temps que les exigences du bon ordre, les obligations de la bienveillance et de la charité<sup>16</sup> ».



Claire Frommel, directrice de l'Hospice de l'enfance de 1912 à 1945

Ces phrases évoquent le mode de fonctionnement des établissements publics, dont l'hospice tient à se démarquer, tant du point de vue de la gestion et de l'admission de sa patientèle que de celui de son mode de gouvernance :

Pour pouvoir remplir sa mission, la Directrice de l'Hospice de l'Enfance doit disposer d'une liberté de mouvements dépassant celle dont jouit le directeur d'un établissement officiel.

Les médecins et l'interne lui sont subordonnés, tandis que le comité « évitera de s'ingérer sans nécessité » dans les domaines relevant de sa compétence. De son côté, la directrice doit tenir compte de l'avis des médecins et considérer le comité « comme son auxiliaire et son appui ».

Concrètement, les décisions d'admission ou de renvoi, la fixation des prix de pension, l'engagement du personnel et l'intendance générale de la maison relèvent, en dernière instance, de son autorité. Cette configuration, délicate, repose beaucoup sur les qualités personnelles des acteurs, sur leur capacité de collaboration et de négociation, ainsi que sur une certaine culture idéologique. En matière de soins, les diaconesses sont alors en pleine expansion et leur présence dans le paysage hospitalier romand prévaut pour quelques décennies encore, jusqu'à l'avènement d'une logique de professionnalisation du personnel soignant qui ne s'affirmera que dans la seconde moitié du siècle<sup>17</sup>.

## LE STATUT DE L'INSTITUTION ET SON RAPPORT AVEC L'ÉTAT

L'entrée en vigueur du nouveau Code civil suisse en 1912 oblige l'ensemble des œuvres philanthropiques à se redéfinir, soit en tant que fondation, soit en tant qu'association. L'enjeu politique est d'uniformiser et de contrôler les institutions drainant des capitaux, des compétences et, au final, un pouvoir important, tout en assumant un rôle d'assistance publique auprès de l'ensemble de la population. L'État s'impose ainsi comme garant du bon usage

• • • • •  
<sup>16</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 23 mai 1912.

• • • • •  
<sup>17</sup> À ce sujet, voir notamment Droux 1992; Droux 2000.



« Chez les bébés », années 1920

des fonds gérés par la bienfaisance privée, en vertu du caractère public de leurs buts.

Afin de démêler le jargon juridique, le comité prend conseil auprès d'un professeur de l'Université de Lausanne, Paul Rambert. Celui-ci en arrive à la conclusion que l'Hospice de l'enfance fait partie des fondations, ce qui implique d'une part l'obligation

de se faire inscrire au registre du commerce avant 1917, et d'autre part la soumission à « la surveillance de la corporation publique (Confédération, canton, commune) dont elles relèvent par leur but », l'objet de ce contrôle étant de « veiller à ce que les biens de la fondation soient employés selon leur destination ». Ainsi le capital de l'institution « se trouve

érigé en une fortune indépendante, qui n'est envisagée, à proprement parler, ni comme une propriété individuelle, ni comme la propriété d'une corporation publique ou privée, mais comme la dotation d'une "œuvre"<sup>18</sup>». L'assemblée générale du 15 novembre 1916 entérine ce principe en présence du notaire Auguste Ceresole, par la révision des statuts et l'inscription de l'institution au registre du commerce.

Cette évolution du contexte juridique n'affecte pas la marche habituelle de l'établissement, qui conserve toute sa liberté d'action. Elle marque néanmoins le premier jalon d'une implication croissante de l'État dans le domaine sanitaire et, de ce fait, dans le fonctionnement des institutions privées dont l'activité concerne la santé publique. Entre 1895 et 1913, la part que l'État consacre aux affaires sanitaires gérées par le Département de l'intérieur est passée de 3,9% à 8% des dépenses globales<sup>19</sup>. Les séances du comité de l'Hospice de l'enfance témoignent des premiers débats sur l'opportunité d'une participation étatique aux charges de l'établissement, dont l'installation dans le nouveau bâtiment a coûté plus cher que prévu, laissant, au premier janvier 1913, un découvert de 80'000 francs<sup>20</sup>. L'épuisement des comptes contraint l'hospice à contracter deux emprunts, l'un à l'État, l'autre à la Banque nationale. Le trésorier, Max de Cérenville<sup>21</sup>, soulève à cette occasion le débat au sujet d'une possible contribution de l'État

aux charges de l'établissement, à l'image de la pratique établie dans les infirmeries du canton depuis la loi de 1875.

Le Dr Vulliet, craignant l'ingérence des autorités sanitaires dans l'exercice médical de l'hospice, se montre tout d'abord extrêmement réticent :

Mais M. le Dr Vulliet, après avoir pressenti M. le Chef du Service sanitaire cantonal, n'éprouve plus les mêmes craintes qu'autrefois à l'égard de la participation de l'État aux frais de traitement de malades à l'Hospice et à son ingérence au point de vue médical. Dès lors, la demande de cette participation pourrait être adressée au Département cantonal de l'Intérieur, au même titre que les infirmeries du canton<sup>22</sup>.

Dans la foulée, et dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, l'Hospice de l'enfance passe avec le Département de l'intérieur un accord stipulant le versement d'une subvention quotidienne de 1,90 francs pour l'hospitalisation des patients chroniques indigents, en échange de quoi il pourra lui adresser d'autres enfants atteints de maladie chronique<sup>23</sup>.

## LA GUERRE, « UN CRUEL EMBARRAS »

En 1914, la déclaration de guerre accentue la fragilité l'établissement<sup>24</sup>. Les dons cessent, le compte courant est vide, la raréfaction du combustible fait craindre des difficultés d'approvisionnement. Le pire est envisagé :

18 Procès-verbal de la séance du comité du 22 avril 1912.

19 Coutaz 2006, p. 38.

20 *Gazette de Lausanne*, 31 janvier 1913.

21 Max de Cérenville (1875-1948), directeur de La Suisse Assurances, président du comité de l'Hospice de l'enfance de 1928 à 1947.

22 Procès-verbal de la séance du comité du 8 décembre 1913.

23 Procès-verbal de la séance du comité du 27 février 1914.

24 À cette occasion, le Dr Vulliet fait don de ses 500 francs d'honoraires annuels à l'institution, Procès-verbal de la séance du comité du 21 août 1914.

Les événements qui se sont précipités depuis le 1<sup>er</sup> août mettent l'Hospice dans un cruel embarras. Les dons ont cessé, l'encaisse est peu considérable (fr. 1'600.– environ **aux mains de la direction**) et notre compte courant à la banque Morel, Chavannes, Gunther & Cie, est épuisé. En outre, il est à prévoir que le combustible fera défaut. La situation est donc critique et il s'agit de savoir si l'exploitation de l'Hospice doit être interrompue<sup>25</sup>.

Max de Cérenville, appelé sous les drapeaux, suggère par écrit de lancer par voie de presse un large appel aux dons. Tous les patients en assez bon état ont été renvoyés chez eux, une quarantaine d'enfants sont encore en traitement, dont Vulliet estime qu'il serait dangereux de les rendre à leur famille. Décision est prise de repousser au maximum la cessation d'activité et de garder le dispensaire ouvert. Depuis le 3 août, les locaux de l'établissement ont été mis à disposition du service sanitaire et une trentaine de soldats y ont séjourné. Le conflit a également entraîné la mobilisation de plusieurs médecins, dont l'interne, remplacé par une femme. Appelé pour quelques temps à diriger un hôpital sur le front français, Vulliet y perfectionne son habileté dans le domaine de la chirurgie de guerre, qu'il qualifie de « difficile, même pour un professionnel ». Cette expérience enrichira ses connaissances en chirurgie traumatique, qu'il enseigne alors à la Faculté de médecine de Lausanne<sup>26</sup>. Les premiers mois du conflit passés, la vie habituelle reprend cependant et la menace de fermeture s'éloigne malgré un quotidien relativement précaire.

L'augmentation des pensions décidée en 1913 ne suffit pas à compenser la hausse continue des coûts d'exploitation : la guerre a entraîné une

forte majoration du prix des denrées ainsi que du combustible et, en 1916, le prix de la journée d'hospitalisation est passé à 2,18 francs, contre 1,64 francs l'année précédente. Les charges salariales sont aussi en cause : en 1917, l'hospice compte douze employés, payés entre 25 et 30 francs par mois. Sur proposition de la directrice, une augmentation de 5 francs leur est octroyée, et l'affiliation à une caisse d'assurance en cas de maladie est étudiée. Les conditions de travail des six diaconesses de l'hospice sont quant à elles régies directement par la Maison de Saint-Loup, qui demande l'année suivante une majoration annuelle de 75 francs par sœur, au vu des « circonstances actuelles, très éprouvantes pour les finances de l'institution<sup>27</sup> », ce que le comité accepte immédiatement. Huit mois plus tard, une nouvelle demande de Saint-Loup porte de 350 à 500 francs l'allocation annuelle des diaconesses employées par les divers établissements hospitaliers du canton, « vu le renchérissement de toutes choses<sup>28</sup> ».

Le contexte général explique aussi probablement un déboire auquel l'hospice est confronté en 1917, une sombre affaire de falsification du lait par le fournisseur, finalement condamné à un mois d'emprisonnement et au paiement de 451 francs à titre de dommages et intérêts. Denrée essentielle au fonctionnement d'un hôpital pour enfants, le lait est, avec le charbon destiné au chauffage, une fourniture indispensable dont l'approvisionnement est souvent rendu difficile par les restrictions de la guerre. Ainsi la quantité de lait reçue au cours de l'année 1918 est-elle de 418 litres inférieure à la normale. Quant aux vols de bois, le comité constate avec

<sup>25</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 21 août 1914.

<sup>26</sup> Reinbold 1934.

<sup>27</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 1<sup>er</sup> février 1918.

<sup>28</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 8 octobre 1918.

satisfaction qu'ils ont nettement diminué depuis la construction d'une palissade et l'acquisition d'un chien de garde<sup>29</sup>.

## DÉVELOPPEMENT DES SERVICES

En dépit des soucis dus à la guerre, l'Hospice de l'enfance poursuit son développement. En parallèle à son activité strictement hospitalière, la palette des services de santé publique rencontre un franc succès: la fréquentation du dispensaire va grandissant et la consultation de vaccinations gratuites, initiée dans les premières années du siècle, est également très sollicitée. Depuis 1912, un équipement de radiothérapie permet de procéder à des examens dont un grand avantage, pour les enfants, est d'être indolores. Le D<sup>r</sup> Jules Senaud dirige ce service, promis à un constant développement. Non rétribué, tout comme l'ensemble des médecins-consultants, Senaud se voit néanmoins offrir par le comité l'abonnement général aux tramways lausannois.

En 1915, suivant une proposition de Vulliet, le D<sup>r</sup> Narbel, ancien chef de clinique de dermatologie à l'Hôpital cantonal, accepte de se charger, bénévolement lui aussi, d'une consultation de dermatologie « lorsque le besoin s'en fera sentir<sup>30</sup> ». Deux ans plus tard, une nouvelle spécialité est introduite par le D<sup>r</sup> Raach, qui ouvre au dispensaire une consultation hebdomadaire d'oto-rhino-laryngologie (ORL). L'année suivante, l'hospice institue un service de pesage des enfants, dirigé par le D<sup>r</sup> Louis Exchaquet, suite à la proposition de la *Goutte de lait*.

<sup>29</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 15 janvier 1919.

<sup>30</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 26 août 1915.

Cette organisation fonctionne essentiellement sur le modèle philanthropique, exception faite d'une allocation annuelle de la commune, d'un montant de 3'000 francs<sup>31</sup>. Créée en France dès 1890, la *Goutte de lait* est une œuvre philanthropique de distribution gratuite de lait pasteurisé et de pesage des nourrissons, qui se développe surtout dans le contexte d'après-guerre<sup>32</sup>. Rencontrant un fort succès, elle étend son action au-delà des frontières françaises et contacte l'Hospice de l'enfance en 1918, lui demandant sa collaboration pour l'ouverture d'une consultation hebdomadaire dans les locaux du dispensaire, ce que le comité accepte<sup>33</sup>.

Enfin, le D<sup>r</sup> Santschi assure désormais un service dentaire, avec le gracieux concours de sa mère et de sa sœur<sup>34</sup>. Les angoisses de la guerre sont loin, l'Hospice de l'enfance enregistre une fréquentation record de 491 patients hospitalisés et 6515 consultations au dispensaire. Ce succès et l'accroissement rapide de l'offre médicale remplissent d'aise Vulliet, qui affirme en 1919 qu'« aujourd'hui, l'Hospice de l'enfance a réalisé tout ce qui peut être fait pour donner aux enfants des classes indigentes les mêmes soins qu'à ceux des classes aisées<sup>35</sup> ».

À travers l'installation de la dermatologie, de l'ORL ou de la dentisterie à l'Hospice de l'enfance, on voit les spécialités médicales commencer à investir le champ des soins infantiles, la pédiatrie étant elle-même en voie d'autonomisation, bien que rarement encore désignée par ce vocable.

<sup>31</sup> *Gazette de Lausanne*, 9 avril 1922.

<sup>32</sup> Droux 2001, p. 46.

<sup>33</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 5 novembre 1918.

<sup>34</sup> En 1872, un chirurgien-dentiste, le D<sup>r</sup> Kursteiner, avait exercé quelques temps à l'Hospice de l'enfance, mais cette collaboration était restée sans suite. RA 1872.

<sup>35</sup> *Gazette de Lausanne*, 16 juin 1919.

Le D<sup>r</sup> Louis Exchaquet (1879–1950)

Selon Maurice Vulliet, Louis Exchaquet « occupait une place intermédiaire entre l'ancien médecin dépourvu de laboratoire, mais imbu de clinique et la jeune école souvent trop confiante dans les données de la chimie et de la biologie ». Il a obtenu son doctorat de médecine à Bâle en 1904, avant de s'installer dans la capitale vaudoise. Au cours de ses trent-sept années de service à l'Hospice de l'enfance, il continue de recevoir chaque après-midi ses patients privés dans le cabinet qu'il a ouvert au coin de l'avenue de la Gare, lorsqu'il n'y est pas appelé en plein nuit. Le D<sup>r</sup> Exchaquet, médecin, mais aussi « psychologue subtil », est une « poutre maîtresse » de la création du Bercaïl, dont il suit de près la vie quotidienne. Il rédige de nombreux ouvrages et articles sur la pédiatrie, présentant par exemple, dans la *Revue Française de Pédiatrie*, le cas d'une adolescente atteinte de progéria – une forme de nanisme sénile –, entrée à l'Hospice de l'enfance en 1932. Il collabore également à la *Revue médicale de Suisse romande* et compte parmi les membres de la Société vaudoise de médecine, de la Société suisse de radiologie et de Pro Familia.

À partir de la première Guerre Mondiale, sa femme devient une collaboratrice précieuse pour l'Hospice de l'enfance, un rôle qu'elle assurera bénévolement jusqu'après la mort de son époux : « M<sup>me</sup> Exchaquet a secondé pendant de nombreuses années son mari, le D<sup>r</sup> Louis Exchaquet, [...] à la consultation de la Goutte de lait. Pendant la guerre de 1914–1918, alors qu'il y avait pénurie de personnel – et pas les moyens de payer celui-ci – elle a aidé à soigner les nourrissons et a rendu de précieux services dans cette division. Elle assistait, aux côtés de son mari, à toutes les fêtes de l'Hospice de l'enfance, auxquelles elle apparaissait toujours rayonnante de bonté, bienveillante et attentive à chacun. Au décès de son mari, elle avait continué à s'intéresser à tous les problèmes de notre maison, qui a perdu en elle une amie fidèle et dévouée ». Le dernier-né de leur cinq enfants, que sa mère emmenait avec elle lorsqu'elle accueillait les jeunes mères à la Goutte de lait, se souvient qu'il y avait toujours « beaucoup de bruit et beaucoup de monde » venu faire peser leurs bébés et recevoir quelques conseils sur le mode d'administration des biberons.

[RA 1950, pp. 3-4 ; RA 1964, pp. 2-3 ; entretien avec Olivier Exchaquet]



Louis Exchaquet et ses patients

### L'« évidence » de la spécialisation

En 1936, le fils d'Henri Vulliet, Maurice, dirige le service de chirurgie de l'Hospice de l'enfance, dont il deviendra, en 1949, le médecin-responsable. Dans le cadre de son activité de privat-docent de chirurgie à l'Université de Lausanne, il consacre un opuscule à la chirurgie infantile :

« Il est aisé de définir la chirurgie infantile : elle comprend toutes les affections congénitales et acquises de l'enfance dont le traitement mettra en œuvre des moyens manuels, c'est à dire chirurgicaux. Cette définition comporte-t-elle l'idée d'une spécialisation ? En d'autres termes, est-il légitime de distraire de la chirurgie générale les maladies de toute une classe d'âge pour en faire l'objet d'une étude particulière ? Il est vain de récriminer contre cette tendance à se diviser en de multiples branches qui caractérise les sciences modernes, et singulièrement la médecine. C'est une nécessité engendrée par le développement de toute discipline où la technique tient une large place. La spécialisation est le corollaire de cette croissante technicité. Ceux qui le nient vivent en Utopie [ . . . ].

Preuve en est ce passage où Montaigne fait remonter aux Égyptiens la spécialisation médicale : “ Comme nous avons des prepouintiers, des chaussetiers pour nous vestir, et en sommes d'autant mieux servis que chacun ne se mesle que de son sujet et a sa science plus restreinte et plus courte que n'a un tailleur qui embrasse tout ; et come, à nous nourrir, les grands pour plus de commodité, ont des offices distingués de potagers et de rostisseurs, de quoi un cuisinier qui prant charge universelle, ne peut venir si exquisement à bout ; de mesme, à nous guerir, les Aegyptiens avoient raison de rejeter ce general mestier de mesdecin et descouper cette profession : à chaque maladie, à chaque partie du corps, son ouvrier, car elle en estoit bien plus proprement et moins confusement traictée de ce qu'on ne regardoit qu'à elle spécialement ”. »

[Vulliet 1936, pp. 8-9. Vulliet cite ici le Livre II des *Essais* de Montaigne, chap. XXXVII]

## LA « PÉDIATRISATION » DES SOINS À L'ENFANCE

Les recherches historiques ont montré combien la perspective positiviste, qu'illustre ici la rhétorique de Maurice Vulliet, est insuffisante pour appréhender l'apparition des spécialités médicales<sup>36</sup>. Loin de découler naturellement de l'accroissement des connaissances médicales, elle est en fait étroitement liée à la pratique hospitalière et à l'organisation professionnelle en vigueur dans chaque contexte local. Multifactoriel, ce phénomène résulte de nouvelles

logiques à l'œuvre dans le champ médical. Outre la conception anatomo-pathologique des maladies, de la réorganisation de la clinique en fonction de catégories de population et de tranches d'âge distinctes, l'évolution des pratiques thérapeutiques et du rôle de l'État en matière de santé publique jouent également leur rôle dans la diversification des spécialités médicales. Comme nous l'avons déjà signalé, c'est au cours de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle que s'opère le passage d'une pratique médicale organisée à partir du seul modèle de l'adulte à une individuation des besoins, des pathologies et des soins spécifiques à d'autres catégories, comme le vieillard, et, pour ce qui nous concerne, l'enfant.

• • • • •  
<sup>36</sup> Weisz 2003 et 2006.

Ainsi, l'émergence de la spécialité médicale de la pédiatrie se situe au croisement de facteurs socio-culturels et politiques (urbanisation, paupérisation, développement d'un souci de protection et d'éducation), de modifications liées à la pratique clinique (séparation d'une tranche d'âge en vue, notamment, de limiter les risques de contagion) et de l'évolution du marché de la profession médicale face aux exigences du public.

Au début du xx<sup>e</sup> siècle, la légitimité de soins médicaux spécifiques à l'enfance est généralement reconnue. Par contre, leur reconnaissance en tant que spécialité n'est pas encore acquise. Tandis que l'Asile des aveugles et l'Hôpital orthopédique sont dirigés par des médecins spécialistes et, de ce fait, contribuent à l'implantation et à la validation de l'ophtalmologie et de l'orthopédie en Suisse, les médecins responsables de l'Hospice de l'enfance restent des praticiens généralistes, formés en médecine interne ou en chirurgie<sup>37</sup>. Un élément crucial du processus de spécialisation est en effet la question de la formation professionnelle; or l'enseignement universitaire en Suisse est pour l'heure structuré selon une conception traditionnelle et unitaire de la médecine. L'introduction de certaines spécialités rencontre souvent une forte opposition du corps médical. À Genève, autant l'ouverture

<sup>37</sup> Le chirurgien orthopédiste Placide Nicod, assistant à l'Hospice orthopédique dès 1901, en devient le directeur médical en 1905. Dès 1913, il est nommé privat-docent d'orthopédie à la Faculté de médecine de Lausanne. À l'Asile des aveugles, le D<sup>r</sup> Marc Dufour est engagé en 1873. Fortement impliqué dans la création de la Faculté de médecine de Lausanne, Marc Dufour y est nommé professeur d'ophtalmologie dès sa création en 1890. Devenu médecin-chef de l'Asile des aveugles dix ans auparavant, il impulse le développement d'une collaboration soutenue entre l'établissement et la Faculté. Donzé 2003, pp. 108 et ss.

d'un dispensaire pour les enfants par le D<sup>r</sup> Adolphe D'Espine a été bien accueillie par le public et les autorités, autant ses demandes répétées de création d'une chaire des maladies infantiles rencontrent une résistance importante d'une majorité de professeurs de la Faculté, qui répugnent à subdiviser leur clinique. C'est finalement en 1908 que la nouvelle chaire est inaugurée. Celle de Zurich s'ouvre en 1911, tandis que les étudiants bâlois devront attendre 1937<sup>38</sup>.

À Lausanne, c'est au D<sup>r</sup> Adolphe Combe qu'est confiée la première chaire de pédiatrie, en 1916. Depuis 1899, ce dernier dispensait déjà, en tant que privat docent, un enseignement sur les maladies des enfants. Ancien collaborateur du D<sup>r</sup> Joël à l'Hospice de l'enfance, il a succédé à celui-ci au poste de médecin des écoles tout en assurant la direction du service de pédiatrie à l'Hôpital cantonal. Praticien reconnu, auteur prolixe, conférencier apprécié, il se dédie particulièrement aux questions d'hygiène infantile, qu'il enseigne à l'école communale des jeunes filles. Il aborde également les questions liées à l'hygiène scolaire, le traitement de la nervosité et de l'alcoolisme infantiles, les affections digestives de l'enfant et du nourrisson, ainsi que la tuberculose infantile<sup>39</sup>. En reconnaissance de la qualité de ses travaux scientifiques, le gouvernement français lui décerne la croix de la Légion d'honneur en 1911. Sa réputation attire dans sa consultation privée une clientèle étrangère – notamment parisienne – et fortunée, qui contribue à son œuvre de médecin philanthrope en augmentant, par ses dons, la fortune personnelle dont il n'aura de cesse de faire

<sup>38</sup> Voir notamment Suter 2001.

<sup>39</sup> *Gazette de Lausanne*, 17 mars 1917.

bénéficier ses petits patients. En 1909, il fonde un premier asile destiné aux enfants convalescents, puis un second en 1912, l'Asile de la Sapinière. Doté de dix lits et situé en Marin au-dessus de Lausanne, cette institution est conçue comme complément aux soins prodigués à l'Hôpital cantonal, permettant de décharger le service tout en offrant les bienfaits de l'air de la campagne aux jeunes convalescents.

À sa mort, il lègue à l'État de Vaud 100'000 francs pour la fondation d'un Asile de nourrissons et au service des enfants de l'Hôpital cantonal, l'ensemble des ouvrages de sa bibliothèque médicale. Il lègue encore à la ville de Lausanne une autre enveloppe de 100'000 francs, dont les intérêts devront servir à donner :

1. Du lait et un morceau de pain aux enfants indigents des Écoles et cela chaque jour à dix heures et quatre heures pendant toute l'année; 2. En hiver seulement chocolat et pain le matin, soupe et pain à midi et soupe et pain le soir aux ouvriers de chantiers d'hiver, cochers indigents et autres indigents qui le réclameront, œuvre de la bouchée de pain<sup>40</sup>.

Personnage éminent des débuts de la pédiatrie et figure typique du médecin-philanthrope du XIX<sup>e</sup> siècle, Combe aura beaucoup contribué à la reconnaissance de la spécificité des pathologies infantiles. Il laisse derrière lui une œuvre abondante traitant, en sus des principaux thèmes déjà mentionnés, de la myopie, de l'alcoolisme ou de la nervosité infantiles. Enfin, il est un acteur essentiel du déploiement de la clinique infantile lausannoise.



« C'est à l'influence psychique directe de Combe et à son autorité sur les malades que sont dûs [sic] ses innombrables succès qu'enregistrèrent les journaux, les revues et le roman contemporain. Combe codifia en quelque sorte, l'un des premiers, la clinique infantile. Il se pencha avec intérêt sur les aspects cliniques des petits êtres souffreteux et réussit à créer un cadre nosologique devenu à la longue désuet par le fait même que la clinique en a supprimé la justification avec le temps. À côté des qualités du médecin, le pédiatre doit favoriser les mouvements sociaux qui vont, dans la famille, dans la cité, susciter les dispositions de l'hygiène et de l'alimentation par l'éducation des mères. Policlinique des nourrissons, *Goutte de lait*, pouponnière, sont autant d'adjuvants de la clinique infantile. Combe ne se fit pas faute d'encourager ces œuvres et de contribuer à leur succès. » [Reinbold, 1940, p. 123]

• • • • •  
<sup>40</sup> Dossier ATS Adolphe Combe, ACV.

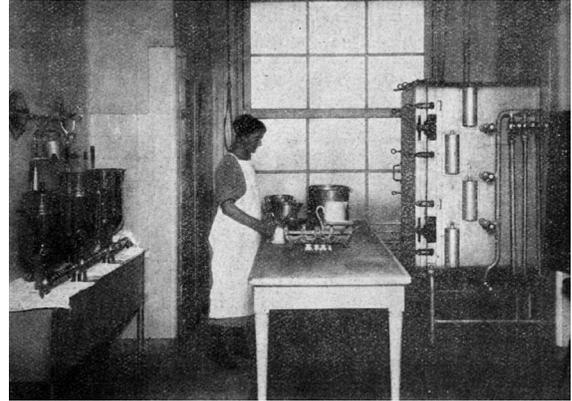
## LA CLINIQUE INFANTILE DE LAUSANNE

À Lausanne comme dans plusieurs autres villes du pays, la couverture médicale destinée aux enfants continue de s'étoffer. Face à l'insuffisance chronique de la maternité de l'Hôpital cantonal, les autorités vaudoises décident de construire une nouvelle maternité, à laquelle sera ajouté un hôpital pour enfants, ou clinique infantile. L'État acquiert des terrains à proximité de l'Hôpital cantonal en 1908 et les travaux débutent en 1913. La déclaration de guerre ralentit la réalisation du projet, dans lequel Combe est très impliqué. En sus d'un don personnel conséquent, il réunit 46'000 francs destinés à l'édification du nouvel établissement et finance les peintures décoratives du rez-de-chaussée, dont la réalisation est confiée aux frères Burnand. L'inauguration du nouvel édifice a lieu en novembre 1916, quelques mois avant la mort de Combe<sup>41</sup>. Le bâtiment se répartit sur quatre étages et peut accueillir quatre-vingt cinq enfants en tout. Il est pourvu de l'eau courante, chaude et froide, du gaz, de l'électricité et d'une cuisine à lait dernier cri :

Outre le réfectoire, la salle de jeux et un parloir avec téléphone, trois salles avec boxes sont destinées aux enfants potentiellement contagieux. Le bâtiment compte six dortoirs, où les patients sont répartis en fonction du sexe et de trois groupes d'âge. Le service des nourrissons est séparé en deux salles, l'une pour les maladies digestives, la seconde pour toutes les autres pathologies. Quelques boxes permettent, là aussi, d'isoler les bébés contagieux. Une chambre contient une couveuse à deux places. Comme à l'Hospice de l'enfance, tous les lits peuvent être placés sur de grands balcons où, par beau temps et suivant

les préceptes de la climatothérapie, les enfants et les bébés « y passent toute la journée »<sup>42</sup>.

La clinique ayant partie liée à la Faculté, elle est en outre dotée d'un auditoire de soixante places, avec transparent pour clichés, appareil et microscope à



La cuisine à lait de la Clinique infantile de Lausanne: « Les trois locaux constituant la cuisine à lait [...] sont: 1° le local le plus au midi destiné au lavage des biberons, lavage entièrement effectué à la machine [...] 2° le local central, où une femme prépare les repas des nourrissons; pour cela, elle a un tableau [...] sur lequel chaque ligne horizontale, portant un numéro, correspond à un des bébés de la Clinique; chaque ligne verticale indique les composants des différents repas: lait ordinaire, lait condensé, lait albumineux, lait centrifugé, eau, sucre, farine, etc. [...] le troisième local est celui où les biberons remplis sont conservés jusqu'au moment des repas; pour cela les biberons sont placés dans des bassins en pierre, profonds comme des bassins de fontaine publique, au-dessus desquels passe une canalisation d'eau froide. » [Tail lens 1926, pp. 7-8]

projections. À côté de l'auditoire se trouvent encore un double équipement radioscopique – qui permet les clichés en position couchée ou debout – et une petite salle d'opération. Pour les radiologies, les patients doivent être amenés au grand hôpital.

<sup>41</sup> Tail lens 1926, pp. 2-4.

<sup>42</sup> Tail lens 1926, p. 18.



Diaconesses devant la Clinique infantile et la Maternité, Lausanne., 1918

## LES ACTEURS FINANCIERS DE L'HOSPICE DE L'ENFANCE

Comme au XIX<sup>e</sup> siècle, le soutien philanthropique, qui demeure le socle financier de l'Hospice de l'enfance dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, implique à la fois une incertitude permanente sur les fonds disponibles et une grande diversité des contributeurs. Leur statut, leur milieu, leurs moyens, indiquent la participation d'un large éventail de la société civile : on y compte toujours une majorité de particuliers, dont des parents d'anciens patients et des membres du personnel de l'hospice ou du comité. Les commerçants, petits artisans et diverses sociétés font également partie des donateurs réguliers. En 1919, Nestlé offre 10'000 francs de capital inaliénable, dont les intérêts serviront aux dépenses courantes. Des compagnies d'assurance, telles que La Suisse<sup>43</sup>, font partie des donateurs. Les églises fournissent un appui financier régulier, alimenté par les troncs. Les communes avoisinantes et la Municipalité de Lausanne versent aussi une contribution<sup>44</sup>.

Les legs constituent une autre part essentielle des revenus et témoignent du fort ancrage de la culture caritative dans les us et coutumes. La plupart des successions se partagent entre diverses œuvres de bienfaisance, dont les listes font écho les unes aux autres, groupant par exemple l'Asile des aveugles, des vieillards ou d'Ében-Ézer, l'infirmierie de Nyon,

le Sanatorium populaire de Leysin ou l'Hôpital cantonal. La plupart du temps, les sommes reçues s'échelonnent entre 50 et 1'000 francs, mais quelques legs plus importants ponctuent régulièrement la vie de l'institution, lui permettant d'enrichir un fonds destiné à un projet de transformation ou à l'acquisition de nouveaux équipements. Certains dons spécifiques continuent d'alimenter l'œuvre des lits Sœur Dora et Victor Mercanton, ou autorisent l'acquisition d'un équipement particulier. Lorsqu'un projet d'agrandissement est à l'étude, le public en est tenu informé par les rapports annuels, ou parfois par voix de presse, et peut ainsi participer à la réalisation d'un aménagement spécifique. L'adjonction de galeries au bâtiment principal, en 1925, comme l'érection du pavillon d'isolement, en 1928, sont largement redevables de ce type de donations ciblées<sup>45</sup>.

À partir des années 1920, à côté de l'initiative privée, de nouveaux acteurs financiers entrent en jeu, en particulier les compagnies d'assurance, tandis que la contribution des pouvoirs publics se renforce. La direction de l'hospice songe à diversifier les possibilités de ressources, face à l'augmentation des coûts d'exploitation et d'entretien. En 1917, la Société vaudoise de médecine avait passé une convention avec la Caisse cantonale vaudoise d'assurance infantile en cas de maladie, décidant de l'allocation d'une somme forfaitaire annuelle pour les soins fournis à des assurés dans des polycliniques gratuites. En 1920, le comité de l'hospice ratifie un projet de convention fixant la somme de cette indemnité à 3'600 francs, en lieu et place des

<sup>43</sup> Société dont Max de Cérenville, tour à tour membre, trésorier et président du comité de l'Hospice de l'enfance, est le directeur.

<sup>44</sup> En 1919, elle prélève ainsi 100 francs sur les collectes des temples en 1918, revenant à la Caisse des Pauvres, en faveur de l'hospice. Procès-verbal de la séance du comité du 15 janvier 1919).

<sup>45</sup> La création d'un « Fonds des galeries » est par exemple décidée lors de la séance du comité, 20 octobre 1922.



Concours de bébés organisé en faveur de l'Hospice de l'enfance, 1919

honoraires médicaux. Parallèlement, la convention du 10 mai de la même année établit le montant d'une indemnité journalière de 1,50 francs pour couvrir les soins médicaux et pharmaceutiques de chaque cas d'hospitalisation des enfants affiliés à cette caisse. En ce qui concerne les soins donnés aux indigents, suite à la demande adressée par le trésorier du comité au Département de l'intérieur,

le subside de l'État est augmenté, passant de 2,10 à 2,80 francs par jour. Ces précisions et ces chiffres, qui en eux-mêmes n'ont plus guère de signification aujourd'hui, gardent pour eux tout l'intérêt de nous faire pénétrer dans la complexité des comptes d'une institution privée, dans les premiers moments de la mutation qui s'ébauche et qui, dans les décennies à venir, verra s'affirmer de plus en plus nettement

l'inversion du balancier entre ressources privées et contributions publiques.

Le développement du système des assurances sociales fait également évoluer le rapport à la santé et à son financement global. En 1911, l'adoption de la LAMA (Loi sur l'Assurance Maladie et Accident), si elle ne rend pas l'affiliation à une caisse obligatoire, témoigne cependant de la généralisation du principe de participation du malade aux frais de son hospitalisation. Ce processus découle notamment des progrès de la médecine hospitalière, et donc

de sa réputation, qui draine de plus en plus une population non indigente vers les établissements hospitaliers. La diffusion de nouveaux procédés techniques, tels que les rayons X et l'asepsie, contribue à modifier l'image de l'hôpital dans l'esprit du public, comme le montre en premier lieu l'évolution de la clientèle des établissements cantonaux, mais aussi des établissements privés. Après la Seconde Guerre mondiale, cette tendance se confirme et le développement des caisses-maladie favorise l'accès des classes moyennes aux soins médicaux. Dans

**HOSPICE DE L'ENFANCE**  
*DE LAUSANNE*

---

*Je soussigné m'engage à contribuer pour Fr. .... aux frais de construction  
du nouvel Hospice de l'Enfance de Lausanne et verserai cette somme en mains du trésorier  
de l'Institution, d'ici au .....*

*..... le ..... 1911.*

*Signature : .....*

*Domicile : .....*

Formulaire de don en faveur de l'Hospice de l'enfance, 1911

### Soigner les riches ?

Le procès verbal de la séance du 4 décembre 1926 atteste d'un important débat mené au sein du comité de l'Hospice de l'enfance. Face à la diminution des dons, la question de l'admission de patients issus d'un milieu aisé et pouvant de ce fait assumer le paiement d'honoraires élevés, est soulevée. Max de Cérenville, président, s'insurge contre cette éventualité, arguant « qu'un hôpital doit en principe n'hospitaliser que des malades dans l'impossibilité de payer des frais de clinique et que de plus il ne saurait être question d'honoraires dans un service hospitalier. Si on admet des honoraires il faut aussi exiger des prix de clinique pour la pension de l'enfant. » C'est ici l'identité même de l'hospice, initialement destiné au soin de la population indigente, qui est mise en question. De plus, s'engager dans une voie concurrente aux cliniques privées obligerait l'établissement à fournir un service comparable, comme le relève la directrice, Sœur Claire : « L'hospice ne peut offrir tout ce qu'offre la clinique et surtout ne peut autoriser les visites à toute heure du jour ». Henri Vulliet, par contre, relève que le refus systématique d'honoraires peut amener une clientèle aisée à bénéficier « de soins gratuits non légitimés » et qu'une prise en charge en cabinet privé ne donne pas accès au même type de soins : « le médecin ou le chirurgien peut avoir à traiter des cas pour lesquels il tient à l'ambiance ou aux soins hospitaliers. Si ces cas là sont de milieux aisés pourquoi ne pas les faire payer ». Le président et le chirurgien campent sur leurs positions et le dilemme reste irrésolu. « M. de Cérenville redoute des abus lézant la clientèle pauvre. M. Vulliet sait par expérience que ces abus ne sont pas à redouter, la grande majorité des parents aisés refusant absolument de se séparer de leurs enfants. » Au final, aucune modification n'interviendra dans la pratique habituelle de l'hospice, qui demeure prioritairement réservé aux enfants pauvres.

le domaine qui nous occupe, l'assurance maladie infantile est rendue obligatoire en 1919<sup>46</sup>, alors que le reste de la population conserve le libre choix de l'affiliation. Ceci dénote à quel point la santé de l'enfant compte désormais au nombre des enjeux majeurs de santé publique.

La première Guerre a encore aiguisé ce souci de protection de l'enfant et de lutte contre les causes de morbidité infantile. En France, elle suscite une très vive préoccupation démographique, la question du repeuplement devenant un enjeu de sécurité nationale. Ce contexte idéologique est notamment à l'origine du développement de l'œuvre de la *Goutte*

*de lait* qui, nous l'avons vu, collabore avec l'Hospice de l'enfance depuis 1918. L'étude des pathologies spécifiques du nourrisson suscite également l'intérêt, alors que la mortalité des tout-petits reste à peu près trois fois supérieure à la moyenne des décès d'enfants hospitalisés. À Genève, par exemple, le rapport général de l'Assistance publique médicale relève, pour l'année 1917, que la mortalité globale est de 8,6%, dont 22,6% pour la tranche des 0-2 ans<sup>47</sup>.

En Suisse et en Europe, la période d'après-guerre voit un fort développement des organismes et conférences sur le thème de l'enfance ou de la

• • • • •  
<sup>46</sup> Droux 2001, p. 51.

• • • • •  
<sup>47</sup> Suter 2001, p. 68.



Les plus jeunes patients de l'hospice, années 1910–1920

famille, dans un contexte d'expansion de la médecine sociale, de l'hygiène scolaire et domestique. L'association Pro Juventute, créée en 1912 par fusion de divers groupements se dédiant à l'enfance, développe sur l'ensemble du territoire suisse un programme articulé en trois volets : protection de la mère, du nourrisson et du petit enfant ; protection de l'enfant d'âge scolaire ; protection de l'enfant d'âge post-scolaire. Dès 1922, Pro Juventute assume le secrétariat et de l'AIPE (Association internationale de la Protection de l'Enfance)<sup>48</sup>. Les médecins de l'Hospice de l'enfance participent à cet effort didactique, qui vise à diffuser les nouvelles connaissances des besoins de l'enfant, sur les plans de l'hygiène, de l'alimentation ou, ce qui est nouveau, de son développement psychologique. Avec l'apparition des associations professionnelles, les rencontres de praticiens se multiplient, comme la visite du Congrès des pédiatres de langue française de France et de

<sup>48</sup> Sur le développement des organismes de protection de l'enfance dans les premières décennies du xx<sup>e</sup> siècle, voir Droux 2001, pp. 52 et ss.

Belgique, qui se tient à l'Hospice de l'enfance en septembre 1927 : les débats se concentrent alors sur le traitement de la broncho-pneumonie<sup>49</sup>.

## PRÉVENIR LA CONTAGION : L'ISOLEMENT AU SEIN DE L'HÔPITAL, LE PAVILLON

Nous l'avons vu, la nécessité d'un espace permettant l'isolement des patients contagieux est régulièrement soulignée dans les rapports médicaux de l'hospice, qui doit faire face au risque d'épidémie en bricolant, faute de place, des solutions toujours hasardeuses. Si la mise à l'écart des malades contagieux, lépreux et pestiférés en particulier, est d'un usage séculaire, le principe du pavillon d'isolement, tel que certaines municipalités l'ont mis en place à la fin du xix<sup>e</sup> siècle<sup>50</sup>, se rattache au système des lazarets construits par les américains durant la Guerre de Sécession. Structure permanente, le pavillon d'isolement doit permettre une mise en quarantaine stricte et systématique plutôt que des mesures de relégation prises dans l'urgence et qui s'apparentent bien souvent, depuis le Moyen-Âge, à un bannissement des contagieux<sup>51</sup>. La loi fédérale du 2 juillet 1886 a imposé aux cantons l'obligation de disposer de locaux d'isolement :

<sup>49</sup> RA 1927.

<sup>50</sup> Notamment à Lausanne en 1875, Neuchâtel en 1878, Montreux en 1894 ou Rolle en 1899. Donzé 2003, p. 59, 88 et 120.

<sup>51</sup> La Guerre de Sécession se déroule de 1861 à 1865. « Il s'agit non pas d'écarter temporairement des malades dangereux pour la communauté, mais de les isoler systématiquement. L'enjeu est l'introduction d'une structure permanente (et non d'urgence), ce qui constitue alors une tendance nouvelle d'hygiène publique », Rieder 2009, p. 163.

Les grandes localités doivent se pourvoir de lazarets permanents qui permettent d'interner immédiatement les contagieux et de prévenir la propagation d'une épidémie. Nous avons insisté à plusieurs reprises sur l'inutilité de trop éloigner des autres habitations les locaux d'isolement. Le danger de la contagion n'est pas en proportion avec la distance et peut être évité par l'observation stricte des règles de l'antisepsie<sup>52</sup>.



Publicité parue dans *Le Nourrisson* en 1926

La médecine scolaire a fortement contribué à diffuser de nouvelles habitudes face aux maladies infantiles contagieuses, telles que la coqueluche par exemple qui, bien que n'étant pas comptée parmi les maladies les plus graves, cause tout de même une quarantaine de décès sur l'ensemble du canton en 1896 et 1897, soit quatre fois plus que la scarlatine<sup>53</sup>. À l'Hospice de l'enfance, le projet d'une construction indépendante, longtemps retardé, se met en

place avec le retour des exercices bénéficiaires au début des années 1920, permettant la reconstitution du fonds de réserve. Dès 1922, l'hospice étudie l'acquisition d'un terrain situé au nord du bâtiment. L'achat, réalisé deux ans plus tard, se monte à 25'000 francs. En attendant de pouvoir réunir les fonds nécessaires aux travaux, l'hospice loue le terrain à l'association des jardins communaux.

Le financement du pavillon relance le débat autour des subsides pour contagieux, au moment où la ville de Lausanne prévoit de son côté la création de six pavillons pour les adultes et les enfants. Le comité s'interroge sur l'opportunité d'une collaboration avec la ville, en vue d'obtenir un subside de construction puis d'exploitation. La question est jugée « épineuse », les pavillons prévus par la ville étant eux-mêmes l'objet d'une tension conflictuelle entre l'État, qui souhaite les exploiter en vue d'un enseignement, et la ville, qui veut en être la seule maîtresse<sup>54</sup>. Henri Vulliet « conjure le comité de l'Hospice de garder à l'institution le caractère privé. Il est persuadé que l'État n'abandonnera pas la possibilité de l'enseignement et qu'aucune collaboration n'est possible entre l'État et l'Hospice ». Défendant l'idée d'un petit pavillon propre à l'hospice, Vulliet recommande de « surtout rester en dehors des complications qu'amènerait la dépendance de l'État ou de la commune », tandis que Max de Cérenville suppose « qu'un subside pour malade contagieux ne serait pas différent des subsides touchés pour les tuberculeux ». C'est toute la question du contrôle qui est en jeu ici, comme le souligne Vulliet, selon lequel « un subside pour un chronique tuberculeux n'implique nullement la

<sup>52</sup> Morax 1899, p. 151.

<sup>53</sup> Morax 1899, pp. 77 et 82.

<sup>54</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 17 mai 1927.

surveillance sanitaire officielle que peut impliquer un subside pour contagieux [...]. La concurrence de l'État et du privé est excellente, dit-il, l'attelage de l'État et du privé est détestable<sup>55</sup>».

Le comité choisit finalement de préserver son indépendance, en faisant édifier un bâtiment réservé au seul usage de l'hospice. Mais l'argent nécessaire à ces travaux reste à réunir. En décembre 1926, Max de Cérenville, confiant, assure que «la question financière est secondaire. Si médicalement, les pavillons sont nécessaires, s'ils sont utiles au public, l'argent se trouvera<sup>56</sup>», d'autant plus que le projet des pavillons de la ville paraît s'enliser. L'importante épidémie de grippe et de scarlatine qui sévit l'année suivante relance l'urgence d'un local d'isolement, alors qu'un appel au public, doublé d'un legs généreux, permet enfin de débiter les travaux, menés tambour battant jusqu'à l'ouverture des portes en octobre 1928.

Le coût global du nouvel édifice se porte à 180'000 francs environ, couverts pour un peu plus du tiers par les dons, pour 50'000 francs par un prêt à taux avantageux de l'État de Vaud et pour le reste par un prélèvement sur le fonds de réserve de l'hospice. Une visite du comité aux installations de l'Institut Pasteur de Paris et des pavillons d'isolement des hôpitaux de Bâle et de Zurich est organisée en 1927. La réalisation architecturale du pavillon et de son annexe, réservée aux cas de coqueluche, est confiée au cabinet de Jules Verrey, suite à la mort de son père Henri, qui en avait conçu les plans. Les cloisons de verre qui séparent les lits garantissent la sécurité sanitaire sans que les enfants souffrent



Inauguration du pavillon d'isolement, 1928

d'un sentiment d'isolement et permettent en outre une surveillance facilitée, les enfants restant visibles depuis l'extérieur du bâtiment. Cette conception architecturale inspire une parabole au chapelain de l'hospice, M<sup>r</sup> de la Harpe, qui ne perd pas de vue

<sup>55</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 17 mai 1927.

<sup>56</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 4 décembre 1926.



Les cloisons de verre séparant les chambres du pavillon d'isolement, 1954

l'ancrage spirituel de l'établissement, rappelant que « Même si l'on n'entend et ne voit pas, même s'il nous semble parfois être isolés, Dieu nous suit<sup>57</sup> ».

Le pavillon que l'on a construit et que chacun pourra visiter samedi, est non seulement une institution moderne, mais, pour le commun des mortels, une véri-

.....

<sup>57</sup> Procès-verbal de la séance d'inauguration du pavillon d'isolement, 20 octobre 1928.

table leçon de choses! Oui, tous les perfectionnements dont les spécialistes en ce domaine ont doté notre siècle, ont été utilisés et concourent à faire du nouveau bâtiment un modèle du genre. Il s'agissait avant tout de réaliser l'isolement le plus complet. On est parvenu, grâce à l'ingéniosité des architectes et aux suggestions des médecins, à cumuler le maximum d'hygiène avec le maximum de confort. Entré par une porte, le malade ressortira guéri par une autre [...]. Le personnel traitant ne quitte pas le pavillon et celui qui vient de l'Hospice, pour apporter

les aliments ou toute autre raison, ne pénètre pas dans le nouveau bâtiment. En un mot comme en cent, l'isolement est total. Le malade pourra être visité par ses parents grâce à une galerie extérieure courant autour des chambres sur la façade est. Les cellules sont presque complètement vitrées et permettent ainsi aux enfants de se voir malgré leur stricte solitude<sup>58</sup>.

Concernant le personnel du pavillon, Saint-Loup ne pouvant fournir de diaconesses supplémentaires, l'hospice s'adresse à l'École de gardes malades de La Source afin de bénéficier d'un tournus de stagiaires, tandis que Sœur Claire propose de nommer Sœur Bertha à la direction. Exchaquet, soulignant à la fois le surcroît de travail entraîné par l'ouverture du pavillon et la nécessité de développer le service de laboratoire, suggère la création d'un nouveau poste. La D<sup>resse</sup> Véra Vulliet, épouse de Maurice, jusque-là interne de l'hospice, est ainsi nommée en tant que médecin de laboratoire. Spécifiquement attachée au suivi des « cas nécessitant de fréquentes analyses [mais] pouvant dans certains cas suivre l'un ou l'autre des malades de la maison », elle vient seconder le médecin de la maison sans empiéter sur le rôle de l'interne.

## INDEMNITÉS ET CAHIER DES CHARGES DES MÉDECINS DE L'ÉTABLISSEMENT

Entre-temps, le statut des médecins rattachés à l'hospice a évolué : l'étude de leur rétribution a été confiée à une commission interne qui conclut, suivant les débats menés avec les intéressés qui refusent le principe même des honoraires, que leurs indemnités respectives seraient augmentées étant

donné l'augmentation du coût de la vie et la bonne situation financière de la maison. Henri Vulliet insiste pour que les services rendus à l'hospice par ses collègues consultants soient également reconnus et récompensés :

Il y a lieu, non pas d'accorder aux médecins de l'Hospice des honoraires, mais d'augmenter les indemnités qui leur ont été versées jusqu'ici. Il y a lieu de tenir compte de la cherté de la vie actuelle, de tout le travail fourni par ces messieurs, sans oublier d'autre part que c'est avant tout un travail dévoué et que ce travail hospitalier présente des avantages pour eux [...]. Y a-t-il lieu de ne penser qu'à MM. Vulliet et Exchaquet médecins de la maison ou faut-il comprendre d'autres médecins comme le désire M. Vulliet? Celui-ci insiste souvent pour que les grands services de M. Senaud radiographe soient reconnus par une indemnité. M. Senaud est malade du fait de son travail et sa situation est modeste. Il y aurait lieu aussi de verser une indemnité à M. Santschi dentiste. Il rend de très grands services à l'Hospice et cela avec le concours de sa mère et de sa sœur. Sa consultation est si suivie qu'il serait désirable qu'il puisse donner plus de temps à l'Hospice [...]. Enfin il y a M. Rach [sic] qui non seulement donne une consultation par semaine, mais opère et suit ses malades à l'Hospice avec beaucoup de dévouement [...]. La commission propose la répartition suivante : à M. le D<sup>r</sup> Vulliet f. 1'800 à M. le D<sup>r</sup> Exchaquet f. 1'200 à M. le D<sup>r</sup> Rach f. 300 à M. le D<sup>r</sup> Santschi, pour 1925 l'installation d'un tour électrique et dès 1926 f. 500, à M. Senaud f. 1'000<sup>59</sup>.

L'année 1926 est marquée par le départ d'Henri Vulliet, appelé à prendre la succession de César Roux à la direction du service chirurgical de l'Hôpital cantonal. Prié par le comité de l'hospice de devenir le médecin-conseil de l'établissement, il suggère que les nominations de médecins se fassent désormais à terme plutôt qu'à vie. Le comité,

<sup>58</sup> *Gazette de Lausanne*, 17 octobre 1928.

<sup>59</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 26 septembre 1925.

souhaitant tenir compte de son avis « ensuite de la grande dette de reconnaissance contractée à l'égard du Dr Vulliet », s'accorde sur une durée déterminée de cinq ans, avec établissement d'un cahier des charges. Dans la foulée, il est décidé « qu'il n'y aura plus de médecin directeur, que le médecin et le chirurgien seront dès ce jour sur pied d'égalité<sup>60</sup> ». Cette expérience paraît toutefois avoir avorté rapidement, le titre de médecin chef de l'établissement restant, par la suite et comme c'est le cas depuis 1913, attribué à Exchaquet.



La tournée de Dr Picot, années 1930

À ses côtés, Léon Picot<sup>61</sup>, ancien chef de clinique et gendre de César Roux, reprend le service de chirurgie. Une « amitié fidèle et très étroite<sup>62</sup> » liera bientôt les deux hommes, qui collaboreront plus de trente ans durant. Sur proposition de son père Henri, Maurice Vulliet est nommé chirurgien

adjoint. À la mort de Picot, ce dernier se rappelle que, « comme cela ne peut manquer de se produire lorsque travaillent ensemble des chirurgiens issus de deux écoles différentes, nous avons eu, dans nos débuts, quelques divergences d'opinions. Elles se sont bientôt estompées pour faire place à une unité de vues sur tous les problèmes de la chirurgie infantile. Nous avons, pendant des années, exécuté ensemble les interventions difficiles, par exemple les opérations de becs de lièvre et de divisions palatines, formant ainsi une équipe si étroitement unie qu'on n'aurait pas su dire lequel avait été l'opérateur et lequel l'assistant<sup>63</sup> ».

Au niveau de l'organisation gestionnaire, le comité auxiliaire est supprimé en 1934. Les dames qui le souhaitent peuvent rejoindre le comité d'administration, comme le fait M<sup>me</sup> Fédor van Muyden, membre du comité des dames depuis 1888 et qui totalisera ainsi rien moins que soixante-deux ans d'engagement auprès de l'Hospice de l'enfance<sup>64</sup>.

Du côté des finances, l'ouverture du pavillon d'isolement ayant entraîné une augmentation des frais, il est décidé de porter la pension demandée aux familles de condition aisée, auparavant plafonnée à 12 francs, entre 15 et 20 francs<sup>65</sup>. Pour sa marche courante, l'hospice reçoit toujours de nombreux dons en nature et la charrette du marché continue de revenir « abondamment garnie de légumes et de fruits, sans lesquels nos menus seraient bien coûteux ». En 1931, mentionnant avec reconnaissance un don de cent litres de cidre stérilisé, « boisson saine et utile que nos petits malades

.....  
<sup>63</sup> RA 1957, p. 4.

<sup>64</sup> Henri Zwahlen, « Cent ans d'initiative et de charité », *Gazette de Lausanne*, 17 novembre 1961; RA 1888, p. 9.

<sup>65</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 12 décembre 1929.

<sup>60</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 22 septembre 1926.

<sup>61</sup> Léon Picot (?-1957). RA 1957, p. 3.

<sup>62</sup> RA 1957, p. 4.



**LAUSANNE** Mois de *Oct* 1929.

DÉPENSES	Dépenses du mois				Report du mois précédent				Dépenses à la fin du mois			
	Fr.	Cl.	Fr.	Cl.	Fr.	Cl.	Fr.	Cl.	Fr.	Cl.	Fr.	Cl.
<b>Ménage: Aliments:</b>												
Viande . . . . .	292.60		2466.20		2757.80							
Oeufs . . . . .	115.90		642.-		757.90							
Epicerie . . . . .	134.65		2482.40		2617.05							
Beurre, fromage	169.75		1890.45		2060.20							
Graisse, huile . . .	100.64		6095.50		7101.90							
Lait . . . . .												
Pain et farine . . . .	208.04		1648.99		1857.03							
Pommes de terre . . .	22.35		1043.90		1066.25							
Légumes . . . . .	186.85		1333.35		1520.20							
Fruits, confitures . .	-		92.65		92.65							
Vins et alcools . . . .	69.35		553.39		622.74							
Spécialités . . . . .	21.65		183.50		205.15							
Basse-cour . . . . .					2227.54		18432.33		20609.87			
Combustibles . . . . .					717.92		7015.08		7733.-			
Gages du personnel et journées (journal f. 171.50)					1433.70		12989.75		14393.45			
Réparation du mobilier, nettoyage, blanchissage					204.30		2145.90		2350.20			
Eclairage et moteurs . .					38.10		839.57		877.67			
Eau . . . . .					115.-		305.90		420.90			
Divers: bonnes mains, etc.							12.150		12.150			
					4736.56		41820.03		46556.59			
<b>Frais médicaux:</b>												
Honoraires . . . . .					-		470.-		470.-			
Pharmacie et droguerie . .					141.85		1517.60		1659.45			
Chirurgie et pansements . .					225.00		1050.45		1072.95			
Articles sanitaires . . . .					15		817.90		818.05			
Radiographie et photographie					50.-		1222.60		1272.60			
Traitements dentaires . . .					25.-		78.15		103.15			
					239.50		5156.70		5396.20			
<b>Achat de mobilier:</b>												
Lingerie et literie . . . . .					-		2233.85		2233.85			
Mobilier et ustensiles . . . .					103.20		326.10		429.30			
							103.20		2659.95		2662.15	
<b>Entretien de l'immeuble:</b>												
Bâtiment <i>Milan f. 730 - Bureau f. 147-</i>					910.95		2095.60		3006.55			
Jardin . . . . .					189.40		1848.25		1537.65			
							1100.35		3443.85		4544.20	
<b>Frais généraux:</b>												
Téléphone . . . . .					22.70		433.10		455.80			
Frais de bureau et ports . . .					82.90		444.03		476.93			
Impôts et assurances . . . .					-		275.35		275.35			
Frais scolaires . . . . .					-		-		-			
Déplacements et divers . . . .					-		247.45		247.45			
<i>Pa. pour</i>							570.66		670.66			
<i>Saint Vallier</i>					102.00		223.65		233.85			
							658.00		2194.24		2260.40	
<b>Installations nouvelles et réparations extraordinaires</b>												
<b>Versements:</b>												
au Comptoir d'Escompte . . . .												
à la Caisse d'Epargne et de Prévoyance . . . .												
à la Caisse d'Epargne Cantonale . . . . .												
							5365.34		5365.34			
Solde en caisse à la fin du mois . . . . .							62454116.108055174778517477		61420186678857			
Lausanne, le 7 octobre 1929.												

La Direction de l'Hospice.

apprécie beaucoup », le comité se résout à regret « à renoncer, par raison d'économie, à faire paraître la liste des dons en nature<sup>66</sup> », à un moment où le coût de la journée de malade s'élève à 4,28 francs. Avec cette décision, c'est toute une page des coulisses de l'intendance hospitalière qui se dérobe à nos regards, ne laissant plus désormais apparaître que la froide comptabilité des dons en argent.

À l'entrée dans la décennie 1930, l'hospice, déficitaire, peut néanmoins se réjouir des services que lui rend la nouvelle structure :

Jamais, depuis qu'il est ouvert, nous n'avons constaté de cas de contagion de cellule à cellule, fait que nous attribuons à l'aménagement parfait du bâtiment et plus encore aux précautions prises dans les soins journaliers<sup>67</sup>.

Le pavillon constitue en effet un précieux instrument de soins, pour les enfants bien sûr, mais parfois aussi pour le personnel soignant : l'interne en poste en 1959 ayant attrapé la scarlatine au cours de son service, il y est hospitalisé jusqu'à guérison complète<sup>68</sup>.

## LA CRÉATION DU BERCAIL

En 1876, le Dr François Joël avait dû renvoyer à leur domicile deux enfants :

Un cas de coqueluche et un de nostalgie chez un enfant de 12 ans, affecté de paralysie spinale des membres inférieurs, qui ne cessait de pleurer et refusait toute nourriture [...]. Malheureusement, de loin en loin, nous arrivent de ces nostalgiques inconsolables, qui dépérissent, et

qu'il faut renvoyer sans hésitation si l'on ne veut point les voir décliner rapidement<sup>69</sup>.

Le développement de la psychologie fournit de nouveaux éléments de compréhension de comportements qui laissaient auparavant les médecins démunis. La psycho-pédagogie et la psychiatrie infantile, disciplines émergentes de la période d'entre-deux guerres<sup>70</sup>, trouvent un terrain de développement important à l'Hospice de l'enfance.

Au début des années 1930, les rapports annuels soulignent de plus en plus fréquemment l'augmentation du nombre d'« enfants nerveux » admis dans l'établissement et pour lesquels un traitement prolongé, nécessitant un encadrement spécifique, paraît plus adéquat. La création d'une structure d'accueil indépendante, entièrement dédiée à une discipline si nouvelle qu'on ne la dénomme encore que rarement psychiatrie infantile, commence à être évoquée et dès 1934, un projet d'annexe est en route. L'initiative, lancée par Sœur Claire et les médecins de l'établissement, est largement soutenue par Max de Cérenville et Antoine Vodoz<sup>71</sup>, respectivement président et membre du comité.

L'idée est de créer un lieu d'accueil et d'observation permettant d'évaluer la problématique de l'enfant et d'établir un diagnostic, sur lequel se fondera soit une décision de placement familial ou institutionnel, soit la mise en place d'un traitement psychothérapeutique mené au Bercail même<sup>72</sup>.

<sup>66</sup> RA 1931, p. 4.

<sup>67</sup> RA 1931, p. 4.

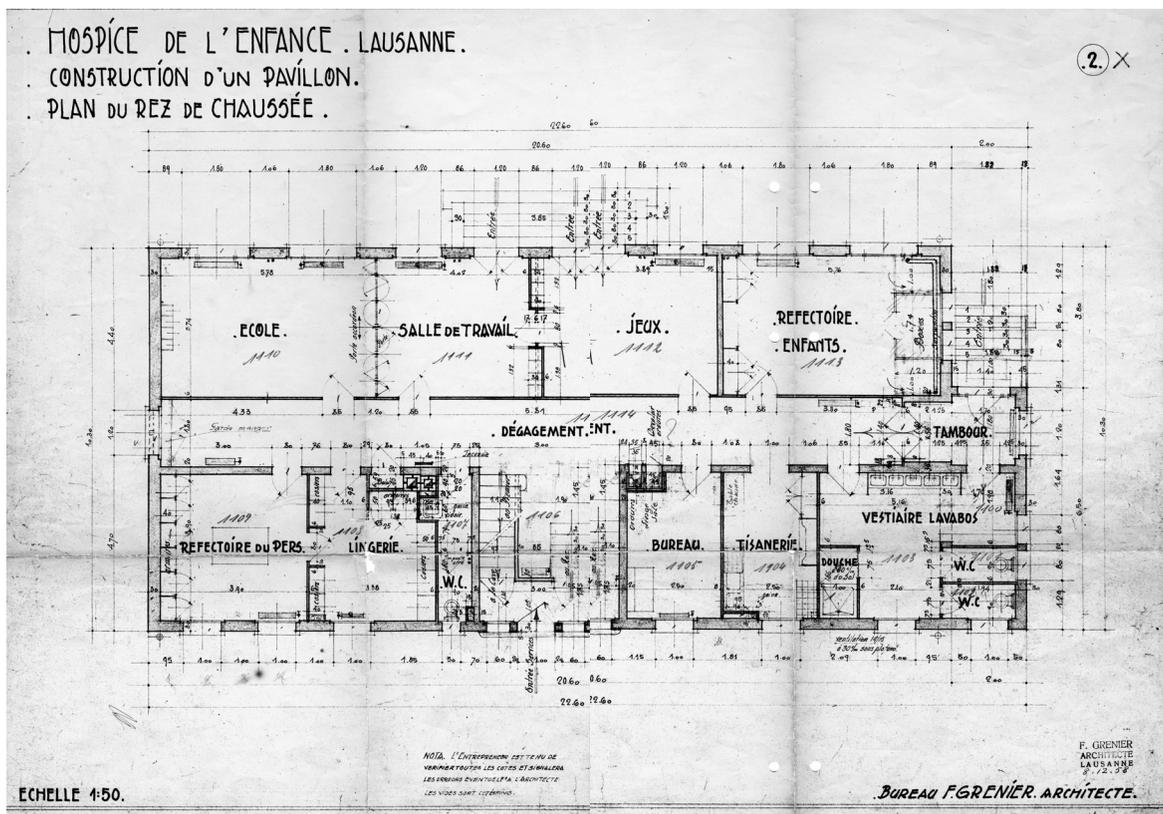
<sup>68</sup> Entretien avec Jacqueline de Haller-Vulliet.

<sup>69</sup> RA 1876, p. 4.

<sup>70</sup> Droux 2001, p. 54.

<sup>71</sup> Antoine Vodoz, conseiller d'État de 1938 à 1945, est membre du comité de l'Hospice de l'enfance dès 1940, et remplace Max de Cérenville à la présidence durant la maladie de ce dernier, de 1943 à 1944.

<sup>72</sup> Cet historique du Bercail est basé sur : Bergier 1988 et 2003 ; entretien avec Christiane Wayss ; rapports annuels de l'Hôpital



Plan du Bercail, le rez-de-chaussée, 1937

Une double mission est ainsi assignée à la nouvelle structure: observation et traitement. Lucien Bovet, psychiatre pionnier de la pédopsychiatrie vaudoise et sous-directeur de l'Asile de Cery, est nommé médecin responsable de la nouvelle structure. Il est en contact notamment avec le P<sup>r</sup> Georges Heuyer, responsable d'un service de neuro-psychiatrie

infantile à l'Hôpital des Enfants malades de Paris et avec le D<sup>r</sup> André Repond, médecin-directeur de la Clinique psychiatrique de Malévoz et créateur, dans le canton du Valais, du premier service médico-pédagogique de Suisse.

Les enfants vivent sur place, en internat, entourés par l'infirmière-directrice, M<sup>lle</sup> Louise Wille, une institutrice et une seconde infirmière, formée à l'école d'infirmière de La Source comme M<sup>lle</sup> Wille.

de l'enfance, aux années mentionnées dans le texte.



« Lucien Bovet était le bonheur en personne ». Les témoignages convergent pour évoquer l'aimable caractère de ce psychiatre éminent, formé à Lausanne, Munich et Paris. Fortement engagé dans le développement du Bercaill, il est aussi le premier directeur de l'Office Médico-Pédagogique Vaudois (OMPV) dès sa création, en 1942. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le nomme expert-conseil en matière de santé mentale et lui confie une étude sur la prévention et le traitement de la délinquance infantile, un sujet qu'il a traité dans de nombreuses publications, aux côtés d'autres thématiques de psychiatrie infantile, telles que l'onychophagie (le fait de se ronger les ongles), l'énurésie ou l'agressivité. Profondément croyant, Lucien Bovet est membre de l'Église libre et fait partie du comité de la paroisse de Villard. En 1942, sa leçon inaugurale de privat-docent porte sur l'angoisse : « Ici s'arrête la science et commence la foi. Ici la foi se dresserait contre une science qui dépasserait ses bornes. Car l'angoisse naît du doute et le doute naît du savoir. Mais la foi tue le doute et la mort du doute confond l'angoisse. L'histoire des angoisses humaines a commencé au pied de l'arbre de la connaissance. » Le 25 juillet 1951, un accident d'automobile l'emporte, avec son épouse Marcelle Bovet, laissant leurs cinq enfants orphelins. [Boven 1951 ; Paul Rochat, « Docteur Lucien Bovet. L'homme et le témoin », *Le lien*, dossiers ATS, ACV]

Dès l'automne 1940, cette dernière est remplacée par Nanon de Rham, auparavant stagiaire à l'Hôpital de l'enfance, dont l'engagement permanent comme assistante sociale permet d'établir un suivi après le départ des patients (c'est un premier pas vers la création d'un service médico-pédagogique), ainsi que de mettre en place une surveillance des placements et un service de conseil aux parents. Nanon de Rham introduira notamment au Bercaill les premiers essais de thérapie familiale et de supervision des éducateurs et assistantes. Comédienne, elle instaure également les « jeux dramatiques », puis le psychodrame, qu'elle a étudié aux États-Unis.

En-dehors de Bovet, qui vient une à deux demi-journées par semaine au Bercaill, les autres membres de l'équipe sont toujours présents. Rose Gudit, dont la charge officielle se limite à l'intendance, endosse très rapidement un rôle beaucoup plus étendu, fait de présence attentive et affectueuse. Engagée en 1939, elle est très vite désignée, jusque dans le registre du personnel, par le surnom « Ma Rose » dont l'ont baptisée les enfants, tandis que sa fonction initiale d'« aide de ménage » s'est élargie à rien de moins que... « pilier du Bercaill »<sup>73</sup>.

Rose Gudit [...] apportait aussi aux enfants toutes les richesses de la vie paysanne, continuait à vivre au rythme des saisons, organisait dans le jardin du Bercaill des plates-bandes pour les enfants, faisait cultiver à chacun des légumes et des fleurs, élevait encore pour eux des lapins, prenait un chien qu'elle partageait généreusement avec tous. Ce retour à la terre, ce contact avec la vie végétale et animale constituaient pour de nombreux enfants, particulièrement pour les psychotiques, un bienfait très important<sup>74</sup>.

<sup>73</sup> RP 1947–1948, archives HEL.

<sup>74</sup> Bergier 1988, pp. 20–21.

La profession d'éducateur spécialisé n'existant pas encore, l'ensemble des employés du Bercaïl assume en commun la tâche éducative. La présence de psychothérapeutes et de psychologues, ainsi que d'une rythmicienne, permettra, dans les années suivantes, d'étoffer l'équipe et le suivi des enfants. Des activités de sorties, contes, musique ou bricolage complètent la prise en charge thérapeutique et le suivi scolaire. En outre, dès 1941, les enfants du Bercaïl sont invités à rejoindre les scouts de Lausanne, ce qui selon Bovet, constitue « un élément éducatif extrêmement précieux, et qui facilite souvent beaucoup la reprise de la vie « normale ». Enfin et de même qu'à l'Hospice de l'enfance, la religion occupe une place importante dans la vie quotidienne des débuts du Bercaïl : un moment est consacré à la prière avant les repas et le coucher, tandis que le catéchisme est enseigné à l'école du dimanche.

Les vingt places disponibles sont occupées dès les premières semaines de fonctionnement du Bercaïl, qui reçoit au total 44 patients au cours de sa première année d'existence. Ce succès ne se démentira jamais, obligeant trop souvent les enfants et leurs familles à patienter plusieurs semaines, voire plusieurs mois, jusqu'à ce qu'un lit se libère. Les enfants sont adressés par le Dr Exchaquet, par leur propre médecin traitant ou par les services sociaux de toute la Suisse romande. Jusqu'à la création de l'Office Médico-Pédagogique Vaudois (OMPV) en 1942, aucun tri préalable n'est pratiqué et le Bercaïl accueille également des patients oligophrènes, épileptiques ou souffrant de troubles psycho-organiques, qu'il avait d'abord été prévu d'exclure. Dans ses premières années d'existence, le Bercaïl est intimement lié à l'hospice. M<sup>lle</sup> de Sévery assure

bénévolement le secrétariat des deux structures, et les demandes d'admission passent par l'hôpital. Sœur Claire et le Dr Exchaquet assistent tous les lundis au « thé médical », où sont notamment discutées les questions de gestion. Le départ de Sœur Claire en 1945, suivi cinq ans plus tard par la mort d'Exchaquet distendront le lien avec l'Hôpital de l'enfance, excepté au niveau administratif.



M<sup>lle</sup> Augusta de Sévery, sourcienne et adjointe de la directrice de l'Hospice de l'enfance, vers 1930

Les liens inter-institutionnels se développent à partir de la création de l'OMPV, le Bercaïl devenant dès lors le service hospitalier de la consultation ambulatoire de l'OMPV. La présence du Dr Bovet à la tête des deux structures facilite considérablement cette collaboration entre les secteurs privé et public. Avec ce nouveau rôle dévolu au Bercaïl, l'État lui permet désormais de bénéficier gratuitement des compétences d'une psychologue-psychothérapeute. L'augmentation des demandes d'admission due à la mise en route de la Chambre pénale des mineurs

### Deux enfants hospitalisés au Bercaill à la fin des années 1950

Quels enfants le Bercaill accueille-t-il ? Il est impossible de résumer l'immense variété des cas et des histoires personnelles des jeunes patients ayant, à un moment de leur vie, bénéficié des soins de la petite équipe du Bercaill. Deux parcours, datant de la fin des années 1950, permettront néanmoins d'illustrer le type de prise en charge proposé par la nouvelle structure de l'Hôpital de l'enfance, ainsi que du réseau au sein duquel elle s'insère<sup>1</sup>.

Adressé par le Juge des mineurs, un garçon de sept ans ayant commis divers dégâts sur un chantier vient au Bercaill pour une observation. Souffrant d'angoisse et d'un profond sentiment d'abandon, l'enfant est issu d'un milieu familial difficile, avec un père presque toujours absent et une mère alcoolique. Un séjour de six mois, comprenant des entretiens avec le médecin, des mesures de rattrapage scolaire et un suivi éducatif, permet d'établir une indication de placement de longue durée en maison d'éducation spécialisée. Les foyers de Serix (pour les garçons) ou du Chatelard (pour les filles) sont deux des institutions auxquelles le Bercaill peut confier les enfants qui, comme ce petit garçon, ont plus besoin d'un encadrement éducatif que d'un suivi psychothérapeutique.

Un enfant de neuf ans, suite à la demande de son école, est envoyé par son pédiatre pour troubles psychotiques. Son séjour est placé sous le signe d'une importante collaboration entre l'assistante sociale et ses parents adoptifs, qui se rencontrent régulièrement, au domicile des parents ou au Bercaill. Le patient suit une thérapie intensive, à raison de quatre séances hebdomadaires, conduite par l'un des psychologues de l'OMPV. Son hospitalisation prend fin après un an, suite à la cessation de financement par sa commune d'origine, mais un travail constant est poursuivi plus de cinq ans durant entre l'équipe du Bercaill et l'enfant. La continuation de sa psychothérapie et du soutien aux parents, ainsi qu'une collaboration active avec l'école publique de l'enfant, lui permettront de suivre une scolarité normale et de faire un apprentissage. Le parcours de cet enfant, interne puis externe bien avant la mise en place d'une réelle structure d'externat, en 1971, témoigne de l'intérêt d'une structure permettant la prise en charge de patients externes ou d'anciens internes. Jusqu'à sa réalisation en 1970, l'équipe du Bercaill n'aura de cesse de revendiquer les avantages d'un tel projet<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Entretien avec Christiane Ways.

<sup>2</sup> Les étapes de cette réalisation seront abordées au chapitre suivant.

et de l'Office cantonal des mineurs engage Bovet à proposer la création d'une extension uniquement dédiée à la rééducation, afin de libérer des places dévolues à l'observation. En 1945, il réitère cette demande, assortie d'une proposition de service hospitalier réservé aux admissions courtes. Faute de moyens, ce projet restera sans suite deux décennies

encore, malgré l'engorgement permanent des listes d'attente.

En effet, le Bercaill ne désempt pas, instaurant même, dès 1947, une activité de patronage périodique d'anciens patients, qui préfigure la création

d'une structure d'externat. Dès 1950, un berger allemand enrichit la vie quotidienne des enfants, pour lesquels sa présence est un facteur tant ludique qu'éducatif. Cinq ans plus tard, une piscine est construite grâce au soutien du Département de l'Instruction publique et d'un don du secrétariat vaudois de la Protection de l'enfance<sup>75</sup>. À la mort de Bovet en 1952, Jacques Bergier prend sa relève et, comme son prédécesseur, souligne dans ses rapports successifs l'engorgement permanent du Bercaïl. Une nouvelle assistante sociale, Christiane Wayss, entrée au Bercaïl en 1957, en deviendra la directrice en 1971, au départ de M<sup>lle</sup> Wille. Quant à Nanon de Rham, elle quitte son poste d'assistante sociale du Bercaïl pour travailler à l'OMPV, mais conserve des liens étroits avec le Bercaïl, où elle se rend deux fois par semaine en tant que psychologue. À l'entrée dans la décennie 1960, l'introduction de l'Assurance invalidité et la mise en place d'une filière professionnelle en éducation spécialisée ouvrent une nouvelle ère pour le Bercaïl.

## SECONDE GUERRE MONDIALE

Comme en 1914, la mobilisation générale de septembre 1939 entraîne le départ de plusieurs médecins de l'Hospice de l'enfance. L'ancienne interne, M<sup>me</sup> Rumpf, vient à la rescousse, ainsi que la D<sup>resse</sup> Vulliet. Un système de tournus s'instaure entre les médecins, permettant de faire face à la désorganisation provoquée par le conflit. L'éventualité d'une pénurie de combustible convainc le comité d'acquiescer à l'achat d'une cuisinière électrique et un

• • • • •

<sup>75</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 7 mars 1955.

cumulus pour le Bercaïl et le pavillon. Le système des cartes de denrées vient également compliquer la vie quotidienne de l'établissement. Une forte augmentation des dons, notamment des dons en nature, permet de faire face malgré la diminution des pensions. Plusieurs médecins de l'hospice renoncent à l'entier ou à une partie de leurs honoraires, mais le fonds de réserve est épuisé. Cherchant de nouvelles sources de revenus, le comité inaugure en 1941 une vente de cartes. Le succès de cette expérience, qui rapporte plus de 20'000 francs à l'hospice, en fait une tradition annuelle, poursuivie jusqu'en 1964<sup>76</sup>.

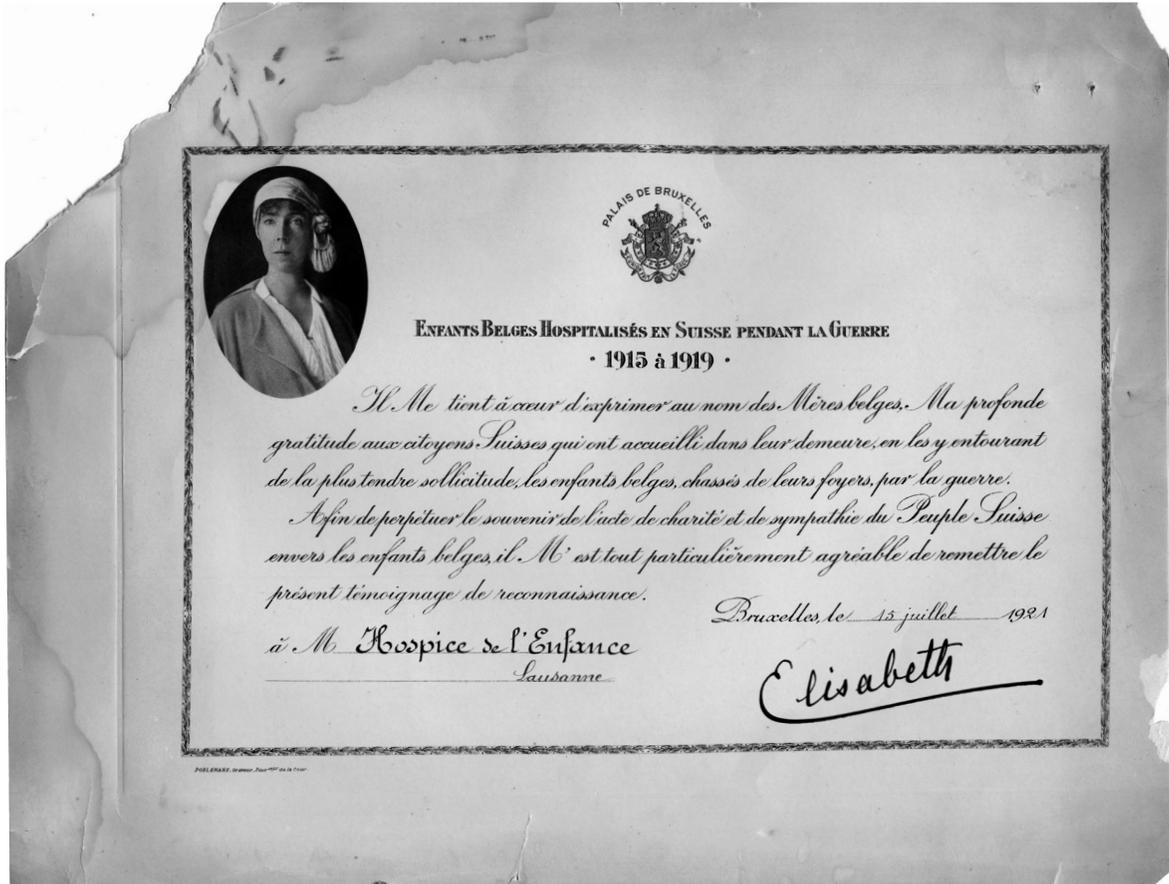
En 1941, le Dr Exchaquet, constatant l'importance des répercussions de la guerre et des soucis de leurs parents sur l'état psychologique des enfants, évoque une éventuelle extension de l'activité du Bercaïl. Il s'agit de la première mention de la nécessité d'une structure complémentaire, dont Bovet soulignera souvent le besoin dans ses rapports ultérieurs.

Outre les enfants hospitalisés au «Bercaïl» nous avons reçu dans la maison un grand nombre d'enfants souffrant de troubles nerveux fonctionnels à manifestations diverses. Les temps troublés que nous traversons ont-ils une répercussion directe sur l'âme de l'enfant? C'est possible, mais il est infiniment plus probable qu'ils causent un certain déséquilibre chez les parents, provoquant des réactions fâcheuses dans le milieu familial et que les enfants qui en souffrent traduisent le malaise qu'ils ressentent par des manifestations nerveuses. Comme on ne peut songer à hospitaliser les parents d'enfants nerveux, il nous faut penser dès à présent à l'extension que nous serons obligés de donner sous une forme ou une autre à notre «Bercaïl»<sup>77</sup>.

• • • • •

<sup>76</sup> À cette date-là, la vente ne rapporte plus que 653,80 francs. RA 1964, p. 5.

<sup>77</sup> RA 1941, p. 7.



Remerciements de la Reine Elisabeth, aux établissements ayant hospitalisé des enfants belges durant la guerre, 15 juillet 1921

À l'Hospice de l'enfance, près d'un dixième des admissions concerne des patients étrangers, français et italiens pour la plupart. Les rapports médicaux des années de guerre soulignent l'augmentation des affections parasitaires et du rachitisme, chez les nourrissons surtout. L'arrêt des importations empêche l'établissement de se fournir

en bananes, un fruit souvent utilisé pour combattre le rachitisme infantile.

Les tristes conséquences du conflit se font également ressentir après la fin des hostilités: en 1945, l'hospice reçoit 98 Français, dont une dizaine de petits Alsaciens mutilés, 39 Italiens, 23 Polonais, 7 Hongrois, 5 Roumains, tous venus de camps de

### Coup d'œil dans les registres du personnel

En 1925, l'hospice dénombre, 352 et 365 journées de présence pour, respectivement, l'interne et l'institutrice, 748 pour les « adultes divers », comprenant les sœurs visiteuses, les parents et d'autres visites et 8248 pour le personnel de l'établissement. Quels métiers ces chiffres recouvrent-ils ? Les registres du personnel témoignent de l'intense activité régnant dans l'établissement. Outre les membres du personnel fixe, employé d'un bout à l'autre de l'année, de nombreuses personnes sont employées à titre temporaire. Parmi les premiers, on trouve la directrice et ses compagnes diaconesses, chacune attribuée à une salle (médecine ; salles de chirurgie des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> étages ; une troisième sœur au rez-de-chaussée ; une quatrième sans poste précis). Épaulant la directrice, M<sup>lle</sup> Augusta de Sévery est chargée des tâches de bureau. Le médecin interne, la cuisinière, la veilleuse, la garde, la nurse ou l'employée au « coulage » occupent également leur poste à l'année et font partie du « personnel ordinaire de la maison », tandis que le jardinier ou la lingère sont comptés dans le personnel externe ou semi-externe. Autour d'eux circule une foule d'aides – de division, de maison, de cuisine – et de gardes remplaçantes, travaillant de quelques jours à quelques mois. S'ajoutent à cette liste celles et ceux désignés comme « volontaire », « bouche-trou général » ou « passe facilement d'un travail à l'autre ».

Le registre comprend une colonne « Observations », dans laquelle sont généralement notés les jours de vacances ou de maladie, mais qui comporte à l'occasion quelques appréciations sur le travail effectué, en particulier pour le personnel temporaire. Une aide de cuisine donne ainsi toute satisfaction, étant « très bien élevée, sérieuse, intelligente, honnête, comme il faut, travaille bien<sup>1</sup> », de même qu'une garde remplaçante qui « travaille bien, consciencieusement, tranquillement, douce avec les enfants ». Deux autres remplaçantes, du reste vite reparties, ont par contre posé problème. L'une est « impossible à tous points de vue » tandis que la seconde est « un vrai petit animal, sale, sauvage, bête<sup>2</sup> ».

L'ouverture du pavillon d'isolement puis du Bercail entraîne une augmentation du personnel, passé à 50 en 1948. Les journées du personnel interne s'élèvent alors à 15'727, celles du personnel externe et semi-externe à 1'689. Cet ensemble compte désormais 2 secrétaires, 2 lingères, 1 laborantine, 1 lessiveuse, 1 éplucheuse, 1 repasseuse et 1 jardinier. En moyenne, 48 personnes travaillent chaque jour à l'Hospice de l'enfance. Les diplômés et les diaconesses ont droit à 31 jours de vacances annuels et une journée de congé par semaine, tandis que les non-diplômés peuvent prétendre, en fonction de leur ancienneté, à ½ ou 1 journée de congé toutes les deux semaines, auxquelles s'ajoutent 10 ou 15 jours de vacances. Chaque fin de semaine cependant, « tout le personnel a une partie du dimanche<sup>3</sup> ». Les artisans et ouvriers d'un hôpital font généralement partie des professions de l'ombre, très rarement évoquées par les archives écrites. À la mort de son jardinier pourtant, l'Hospice de l'enfance lui rend un dernier hommage : « Nous devons encore porter à votre connaissance un troisième deuil, c'est celui causé par la mort, le 21 mai, de notre fidèle jardinier : Georges Margot. M. Margot a commencé à nous rendre service en 1921, comme journalier, mais bien vite ses qualités de travailleur le firent engager comme membre régulier du personnel. C'était un homme ordré, infatigable à la tâche, qui prenait à cœur les intérêts de la maison. Depuis sa retraite, M. et M<sup>me</sup> Margot n'ont cependant pas cessé de rendre tous les services possibles avec une inlassable bonne volonté<sup>4</sup>. »

1 RP 1945.

2 RP 1928.

3 RP 1948.

4 RA 1950, p. 5.

réfugiés ou adressés par la Croix-Rouge. L'année suivante, 33 autres enfants étrangers, dont 23 mutilés de guerre, venus de France et de Belgique, sont confiés à l'hospice de Montétan par la Croix-Rouge, qui prend en charge les frais d'hospitalisation, du traitement et des prothèses. Le Dr Charles Scholder<sup>78</sup> est venu seconder l'équipe médicale en tant que chirurgien-orthopédiste adjoint. Il note que ces enfants, arrivés pour la plupart « amaigris et anémiés [...] ont largement profité de leur séjour en Suisse. Ils ont pris du poids. Les anémies ont diminué. Les cas atteints de tuberculose se sont guéris. Les amputés ont été appareillés. Les prothèses ont été construites soigneusement et furent bien adaptées. Les résultats fonctionnels sont satisfaisants ». Les amputés des membres supérieurs ont reçu des crochets, des étaux et quelques mains artificielles en bois, tandis que des prothèses articulées « qui leur permettent de marcher et de courir sans peine » ont été apposées pour les amputés des jambes.



Soins aux bébés, années 1950

## L'APRÈS-GUERRE : RENOUVELLEMENT DE L'ÉQUIPEMENT ET SUCCESSIONS

Malgré ou parfois grâce à la guerre, les connaissances et les équipements médicaux ne cessent d'évoluer. De 1946 à 1950, l'hospice s'engage dans un vaste programme de transformation du bâtiment et de modernisation des équipements. Au total, le coût se portera à plus de 400'000 francs. Une cuisine à lait, ou cuisine des nourrissons, est créée au sous-sol, un nouveau laboratoire au rez, la salle d'opération est entièrement modernisée et ses verrières murées. Cette mesure permet une meilleure isolation contre le froid, rendant son utilisation possible en hiver, ce qui n'était pas le cas auparavant. Le comité accepte également l'achat d'une lampe sciatylique pour la salle d'opération et le renouvellement complet de l'équipement de radiographie. Six nouveaux appareils téléphoniques, reliés par une centrale, permettent une meilleure communication dans tout le bâtiment. Trois chambres sont aménagées au 2<sup>e</sup>, afin de servir de salle d'isolement pour la médecine ou la chirurgie, ou de chambre pour une mère ou une garde. Cinq autres sont ouvertes au 3<sup>e</sup>, à destination du personnel médical résidant. Enfin, un bureau-bibliothèque est réservé aux médecins et une salle d'attente accueille désormais les parents.

Le renouvellement de l'équipement s'échelonne encore sur quelques années, en fonction des liquidités disponibles. À la fin 1953, il est décidé d'acquérir une nouvelle table d'opération, l'ancienne ayant été largement amortie par quarante ans de bons et loyaux services. Un don de la Fondation David Bourgeois fournit la somme nécessaire à l'achat d'un appareil à électrocardiogramme, permettant désormais d'éviter des déplacements de patients jusqu'à la polyclinique de La Source.

<sup>78</sup> Charles Scholder (?–1958), RA 1958, p. 5.



Nouvel équipement de radiographie, années 1950

Au cours de cette période, de nombreux changements interviennent également du côté des acteurs de l'établissement. En 1945, Sœur Lucy Jaggi, qui dirigeait le pavillon, a succédé à la sœur-directrice Claire Frommel. À la demande du comité, cette dernière maintient cependant une relation étroite avec l'œuvre en devenant directrice honoraire. Au comité d'administration, Max de Cérenville, son président depuis vingt ans, passe la main à Henri Zwahlen. En 1949, le D<sup>r</sup> Louis Exchaquet, sentant sa santé décliner, se retire, continuant cependant à présider aux consultations de la *Goutte de lait* et à rendre visite aux enfants du Bercaïl tous les lundis après-midi. Maurice Vulliet reprend alors la direction médicale de l'établissement, tout en demeurant chirurgien-adjoint de Léon Picot. Le service de médecine est dès lors confié à Véra Vulliet, tandis que le D<sup>r</sup> Nicod devient son médecin-adjoint. Exchaquet décède l'année suivante, après trente-sept années au service de l'Hospice de l'enfance. En 1952, Jacques Bergier succède à la direction du Bercaïl au D<sup>r</sup> Bovet qui vient de décéder.

## LE DÉCLIN DU MODÈLE PHILANTHROPIQUE

Au début des années 1950, le comité relevant à la fois la forte diminution des dons et legs, et celle des fonds propres de l'hospice, qui « ne peut plus vivre sur ses fonds propres qu'un an ou deux », ouvre le débat sur les possibilités alternatives de financement. La situation est similaire dans d'autres éta-

blissements hospitaliers, et la convention qui est alors à l'étude entre l'État et les hôpitaux régionaux doit venir pallier ce manque de liquidités. Il s'agit là d'une importante mutation du mode de financement des institutions privées, qui ne parviennent plus à assumer de façon autonome l'accroissement des charges salariales, des frais d'équipement et des dépenses d'exploitation. L'introduction des antibiotiques, par exemple, a alourdi le poste des dépenses médicales, mais « les aliments diététiques, les médicaments divers, que nous envoient les maisons Nestlé, Hoffmann-La Roche, Ciba, Wander, allègent notre budget médical tout en nous tenant au courant des dernières découvertes<sup>79</sup> ». En décembre 1952, le président Henri Zwahlen « invite les membres du Comité à réfléchir sérieusement à la situation financière de l'Hospice » et relève qu'entre 1931 et 1951, le coût des gages du personnel est passé de 23'600 à 83'000 francs, tandis que les frais d'alimentation ont plus que doublé. La diminution des dons, inférieurs de 10'000 francs à l'année précédente, s'ajoute à une moins value de 6'700 francs des pensions, conséquence de la baisse des journées de malades. Le comité en arrive à la conclusion que « l'Hospice ne peut plus vivre sur ses propres fonds qu'un an ou deux<sup>80</sup> ».

La situation s'avère moins catastrophique que prévu, les dons et le produit des pensions remontant un peu la pente au cours de l'année 1952. Le comité de l'hospice a néanmoins pris acte d'une évolution socio-culturelle qui implique une redéfinition des modes de financement. En 1953, l'établissement passe avec l'État une nouvelle convention

<sup>79</sup> RA 1951 et 1954.

<sup>80</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 10 décembre 1952.

sur l'hospitalisation des enfants indigents, portant à 10,50 francs le subside journalier des enfants soignés à l'hospice. La différence due à cette augmentation fournira à l'établissement 14'600 francs supplémentaires par trimestre. En conséquence, le comité décide d'adapter les honoraires des médecins et de rétribuer ceux qui travaillaient jusque-là bénévolement, comme le Dr Edmond Burnier, spécialiste ORL. Son successeur, Jean-Pierre de Reynier, sera rémunéré, tandis que le traitement des internes est ajusté aux conditions en vigueur dans les autres hôpitaux et cliniques du canton<sup>81</sup>.

Malgré une diminution sensible, l'hospice reçoit toujours un certain nombre de dons, parfois assortis d'une recommandation particulière concernant l'affectation de la somme, comme les 10'000 francs destinés au Bercaïl par un donateur anonyme en 1955. La même année, la D<sup>resse</sup> Vulliet offre 50'000 francs en souvenir de sa mère. Ce capital, versé sur un fonds spécialement créé, servira notamment à financer les transformations prévues dans le service de médecine et l'achat d'un appareil à narcose au protoxyde d'azote. La tradition philanthropique des spectacles ou concerts organisés en faveur de l'établissement se poursuit également, bien que la fréquence de ce type d'évènement n'ait plus rien de comparable avec ce qui se pratiquait dans les décades du tournant du siècle. Le « Bébé-orchestre » de La Côte, composé de quatre-vingt musiciens de 5 à 12 ans, propose ainsi d'offrir un concert en faveur de l'Hospice de l'enfance, à condition que ce dernier se charge de toute l'organisation<sup>82</sup>.

.....

<sup>81</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 27 octobre 1953.

<sup>82</sup> Procès-verbal de la séance du comité du 7 mars et du 22 juin 1955.

Toutefois, la tradition philanthropique ne suffit désormais plus à couvrir les besoins d'un établissement hospitalier. Malgré des dons plutôt généreux, atteignant la coquette somme de 35'470 francs, auxquels s'ajoutent presque 20'000 francs produits par la vente des cartes et 390 francs de legs, l'Hospice de l'enfance enregistre un déficit de 7'022 francs en 1954. L'addition des ressources philanthropiques représente environ le sixième du total des dépenses d'exploitation, qui s'élèvent à 348'307 francs, contre 213'811 francs de pensions. Encore discrète, la tendance déficitaire s'accroît les années suivantes, alors que l'Hôpital orthopédique, l'Asile des aveugles et l'ensemble des autres œuvres philanthropiques connaissent une situation similaire.

En réponse à cette évolution, les établissements hospitaliers se regroupent en diverses structures. Les infirmeries régionales, fondées dans tout le canton par l'initiative privée entre la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle et les premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle se regroupent dès 1930 au sein de l'Association des Infirmeries Vaudoises (AIV), devenue Groupement des Hôpitaux Régionaux Vaudois (GHRV) en 1947. L'année suivante voit la création de l'AVOP, Association Vaudoise des Œuvres Privées, sur l'initiative du Cartel romand d'hygiène sociale et morale. On retrouve cette dynamique au niveau fédéral, avec la constitution de l'Association suisse des établissements hospitaliers, regroupant cliniques et hôpitaux privés et publics (et connue sous son acronyme allemand VESKA). En 1955, le comité de l'Hospice de l'enfance reconsidère l'offre d'adhésion qui lui avait été faite par cette dernière association quelques temps auparavant. Ayant tout d'abord estimé, au vu des

rapports et statistiques exigés par la VESKA, que « tout cela amenait beaucoup de complications », le comité envisage désormais cette proposition d'affiliation d'un autre œil. La possibilité de rejoindre certaines assurances collectives, notamment, rallie finalement les suffrages en faveur de cette adhésion.

Au niveau des affaires sociales du Canton, la réorganisation est également à l'ordre du jour : en 1957 est créé le Service de l'enfance, sur proposition du conseiller d'État Gabriel Despland (1901–1983), qui regroupe les instances officielles s'occupant des enfants en difficulté. Jacques Bergier en est nommé responsable. Le Service de l'enfance, futur Service de Protection de la Jeunesse, réunit ainsi l'OMPV, l'Office cantonal des mineurs et la Chambre pénale des mineurs, et absorbe le Bureau de l'enfance qui dépendait jusque-là du Service de l'assistance publique. Doté de peu de moyens, il initie toutefois le rapprochement des institutions privées et de l'État<sup>83</sup>.

## LES SOIGNANTS : FIGURES TRADITIONNELLES, NOUVEAUX PROFESSIONNELS

En septembre 1956, le comité de l'Hospice de l'enfance est confronté à une situation inédite, qui contraste avec les bons rapports jusque-là entretenus avec la Maison des diaconesses. Le président Zwahlen a été avisé, par un courrier de Saint-Loup, du prochain remplacement de Sœur Lucie, dont les vingt ans de direction viennent d'être célébrés, par Sœur Clara Taillens, jusque-là directrice du Sanatorium de Leysin. Le comité n'ayant reçu aucun

préavis, ni de la part de la directrice, ni de celle de la Maison Mère de Saint-Loup, Zwahlen estime « qu'un tel procédé est "époustouflant" pour ne pas dire davantage ». Décision est prise de « protester contre cette procédure contraire non seulement à la plus élémentaire politesse, mais à nos statuts eux-mêmes » et d'avertir Saint-Loup que cette relève sera considérée comme une proposition acceptée « à l'essai ». Évoquant le proverbe « À tout péché pardon », le comité s'accorde sur le principe d'une prochaine entrevue ferme mais conciliante avec le directeur de l'Institution des diaconesses, « certaines choses étant plus faciles à dire qu'à écrire ». En tout état de cause, les renseignements pris au sujet de la future directrice s'avèrent excellents et le comité n'a aucune inquiétude à ce sujet. Celle-ci ne restera que quatre ans à la tête de l'établissement, jusqu'à son décès en 1960. Sœur Marcelle Vuillème, qui lui succède après avoir dirigé la clinique pour enfants Wildermeth de Bienne durant seize ans, sera la dernière diaconesse à occuper ce poste à l'Hôpital de l'enfance de Lausanne.

Dès 1959, la mort de Sœur Claire Frommel, directrice honoraire depuis son départ à la retraite en 1945, marque symboliquement le passage à une autre époque. Cette balise est évidemment arbitraire – bien d'autres indicateurs auraient pu être choisis –, mais elle a le mérite de condenser, à travers l'évocation d'un visage, un mode de fonctionnement institutionnel, de prise en charge hospitalière et de gouvernance administrative qui s'étend sur plus d'un demi-siècle d'existence de l'hospice, bientôt dénommé Hôpital de l'enfance. Sœur Claire, envoyée comme jeune diaconesse par la Maison de Saint-Loup en 1903 et nommée directrice en 1912, a été partie prenante de l'emménagement sur

<sup>83</sup> Voir à ce sujet Bergier 2003.

le site de Montétan et de la division en deux services, médecine et chirurgie. Elle a activement soutenu la création du pavillon d'isolement en 1928 et l'ouverture du Bercaïl – où elle animait l'école du dimanche et se joignait à la prière du soir – doit beaucoup à son initiative. Devenue membre du comité lorsqu'elle quitte ses fonctions de directrice, elle suit dès lors, de l'intérieur de l'organe de gestion de l'institution, les travaux de modernisation de l'hospice. Et si les diaconesses y restent présentes une quinzaine d'années encore après sa mort, Sœur Claire incarne la dernière figure de sœur-directrice, ce personnage archétypal de l'Hospice de l'enfance. Les sœurs qui lui succèdent seront en effet confrontées à une redéfinition des pouvoirs et des modes de gouvernance hospitalière, avec la professionnalisation des modes de gestion hospitalière, ainsi que de la prise en charge infirmière, médicale et paramédicale et les éventuels conflits qui s'ensuivent face à la logique vocationnelle des diaconesses, d'ailleurs de moins en moins nombreuses à s'engager dans cette voie.

Depuis sa création en 1910, l'Association suisse des gardes-malades, première organisation professionnelle de ce type au niveau suisse, revendique une meilleure reconnaissance de ses compétences et de ses droits. À la fin des années 1940, l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés (ASID, ancêtre de l'actuelle Association suisse des infirmières et infirmiers ou ASI) négocie avec la VESKA l'établissement d'un contrat-type de travail et de la semaine de soixante heures, sur la base d'un sondage effectué dans les hôpitaux membres attestant la dureté des conditions de travail des infirmières et infirmiers. Un compromis fixant un maximum de soixante-six heures de travail heb-

domadaires est autorisé jusqu'à la fin de l'année 1950, afin de pallier le problème récurrent de la pénurie de personnel soignant. Le « contrat-type de travail pour le personnel sanitaire (infirmières et gardes-malades) » est édicté par le Conseil fédéral le 16 avril 1947. Différents points, dont l'égalité de traitement entre hommes et femmes, demeurent néanmoins litigieux. L'écart salarial, qui atteint plus de 20%, constitue l'une des motivations-phares de la première révision de ce contrat-type, discutée dès le milieu des années 1950. Par ailleurs, l'ancienne Alliance suisse des gardes releveuses et gardes de nourrissons, créée en 1930 et devenue en 1946 l'Alliance suisse des infirmières diplômées en hygiène maternelle et infantile (HMI), contribuera largement à l'évolution de la formation en soins infirmiers pédiatriques, à une époque de forte croissance des naissances. L'Hospice de l'enfance n'a pas de souci à se faire du côté de sa clientèle : des 79'000 naissances enregistrées en Suisse en 1942, on atteint 113'000 naissances en 1964<sup>84</sup>.

• • • • •

<sup>84</sup> Francillon & Braunschweig, pp. 34-37, 123-127 et 184-186.



L'Hospice de l'enfance en 1953

L'année 1948 a marqué une étape symbolique pour l'Hospice de l'enfance, où plus de mille patients ont, pour la première fois, été hospitalisés. Le Bercaill fête ses dix premières années d'exercice et le pavillon d'isolement ses vingt ans. Pourvu d'un équipement modernisé, l'établissement entre dans la décennie 1950 avec enthousiasme, malgré plusieurs années déficitaires : « "Petit poisson deviendra grand pourvu que Dieu lui prête vie", a dit cet excellent La Fontaine. Petit hospice est devenu hôpital car Dieu l'a non seulement fait vivre, mais l'a béni. Il s'est développé, agrandi, installé dans trois maisons. Il a reçu l'an dernier 1'137 malades, soignés par plusieurs médecins, chirurgiens et spécialistes et un nombreux personnel. Les moyens thérapeutiques les plus récents sont employés pour le traitement de cas souvent difficiles. Le Laboratoire, la salle de radiographie avec son appareil perfectionné, la salle d'opérations qui va être dotée ces jours prochains d'une table ultra-moderne, bientôt peut-être d'un appareil pour électro-cardiogramme, et de bien d'autres appareils encore, tout cela fait que notre hospice est devenu un important HÔPITAL très bien adapté aux nécessités actuelles. » [Rapport annuel 1953, p. 4]





## DE L'HOSPICE À L'HÔPITAL : 1961–1992

En 1961, l'Hospice célèbre son centenaire avec, en perspective, un ambitieux programme de rénovation des bâtiments et de l'équipement, qui ont bien besoin d'un rafraîchissement. Marcelle Vuillème, la nouvelle directrice, se souvient en effet être « tombée de haut » en prenant ses nouvelles fonctions, alors qu'elle arrivait de l'Hôpital d'enfants de Biemme, doté d'une installation moderne<sup>1</sup>. Mais l'établissement lausannois s'apprête lui aussi à faire peau neuve et lance, en ce sens, un appel au public, qui lui permet de constituer le Fonds du Centenaire, destiné à financer les grands travaux qui en feront, dix ans plus tard, un hôpital flamboyant neuf. Dès 1965, il acquiert le titre d'« Hôpital de l'enfance ». Cette nouvelle désignation entérine la mutation de l'institution en établissement hospitalier spécialisé. Suivant ainsi le développement de la discipline pédiatrique qui, davantage qu'une simple spécialité médicale, devient une médecine en soi, la palette des soins, des services, des outils et des compétences disponibles à l'Hôpital de l'enfance augmente considérablement. Selon une évolution qui constitue une caractéristique majeure de l'histoire hospitalière de la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle et qui, à l'échelle de l'Hospice de l'enfance, s'engage dès l'ouverture du Bercail, cette extension des

modes et des dispositifs de prise en charge inscrit l'institution dans un processus d'interdisciplinarité croissante. Dès lors, l'établissement accueille de nouvelles professions et le réseau des collaborations s'élargit, avec diverses institutions, services, divisions et organismes, dans les domaines hospitaliers, éducatifs ou juridiques.

Dans ce contexte, la décennie des années 1960 est à l'Hôpital de l'enfance une période de restructuration profonde, durant laquelle se met en place l'ossature du nouvel hôpital, tant au niveau de l'offre hospitalière que des bâtiments eux-mêmes et du mode de gouvernance. En 1962, Henri Zwahlen, nommé recteur de l'Université, quitte le comité de l'Hospice de l'enfance. Jacques Matile, avocat, prend sa relève et l'assurera durant presque deux décennies. C'est à lui que revient le plaisir et le privilège d'officialiser, en compagnie du notaire Pierre Zahnd, le changement de statut de l'établissement : en mai 1965, « l'antique "Hospice de l'enfance" est devenu le jeune, l'ambitieux "Hôpital de l'Enfance"<sup>2</sup> ». C'est dans la droite ligne de ce second baptême et du vaste projet de rénovations à l'étude que la nomination d'un administrateur est envisagée. Il prend ses fonctions en septembre 1966, une année-charnière pour l'établissement : Maurice

.....  
<sup>1</sup> Entretien avec Marcelle Vuillème.

.....  
<sup>2</sup> RA 1965, p. 1.

Vulliet, entré à l'Hospice de l'enfance quarante ans plus tôt et devenu en 1949 son « "patron" dans le sens le meilleur et le plus complet du mot<sup>3</sup> », meurt à l'âge de soixante-huit ans. Sa maladie, puis son décès, conduisent les autres médecins à instaurer un nouveau mode de gouvernance médicale, tandis que les diaconesses vivent leurs dernières heures de présence à l'Hôpital de l'enfance. À l'entrée des années 1970, le modèle consacré, formé par le couple médecin-directeur et sœur-directrice, fait place au collège des médecins et à l'infirmière-chef.

## GESTION, MÉDECINE ET SOINS : NOUVEAUX MODES DE GOUVERNANCE

La décision de remanier complètement l'organisation sur le plan gestionnaire, en engageant un directeur responsable de la marche financière et administrative de l'hôpital, date de 1965. Un premier pas avait été fait dans ce sens en 1961, avec la création d'un « poste d'employé masculin, chargé de la facturation, de la comptabilité et de nos relations tant avec les services sociaux de l'État qu'avec les établissements et caisses d'assurances publiques et privées [...] confié à M. Roger Monnard-Henchoz, un commerçant expérimenté<sup>4</sup> ». Cette solution reste cependant insuffisante, incitant le comité à mettre au concours un poste de directeur administratif. Plusieurs établissements hospitaliers de Suisse romande ont déjà franchi ce cap, comme l'a fait l'Hospice orthopédique de Lausanne en 1957. La complexification de la gérance institutionnelle

et des questions d'ordre économique a engendré l'apparition des professionnels de la gestion hospitalière, qui doivent trouver leur place entre les trois pouvoirs traditionnels de l'hôpital: le comité, les sœurs et les médecins.

Une évolution similaire a lieu dans les pays occidentaux dès les années 1950, avec la mise en place de formations spécifiques. Du directeur d'hôpital à l'économiste ou au comptable, sans compter les divers cadres administratifs spécialisés, de nouveaux professionnels font désormais partie du paysage hospitalier. Depuis quelques années déjà, on peut également observer une plus large représentation des métiers issus des domaines de l'entreprise et des finances au sein du comité d'administration de l'Hôpital de l'enfance: Max de Cérenville, conseiller municipal libéral, directeur de La Suisse Assurances et membre du conseil d'administration de la Société de Banque Suisse, est président de 1928 à 1947, tandis qu'Henri Zwahlen, qui prend sa succession, est professeur de droit administratif. Depuis 1954, le comité compte également parmi ses membres le directeur de la succursale lausannoise l'entreprise Publicitas, Pierre Favre. L'origine professionnelle de ces acteurs du comité contribue sans nul doute à faire évoluer les méthodes gestionnaires de l'établissement.

### Direction administrative

Depuis les années 1950, la délicate question de la répartition des pouvoirs, et particulièrement de la laïcisation du pouvoir administratif, est en effet à l'ordre du jour dans l'ensemble des établissements

• • • • •

<sup>3</sup> RA 1966, p. 1.

<sup>4</sup> RA 1961, p. 5.

hospitaliers<sup>5</sup>. Dans les anciennes infirmeries devenues hôpitaux régionaux, l'engagement d'économistes laïcs chargés de gérer les questions financières et administratives est même antérieur : il correspond au moment de leur transformation en hôpital régional, comme c'est le cas à Montreux en 1923 ou à Yverdon en 1932. Jusqu'alors répartie entre le comité et la diaconesse supérieure, la gestion de la bureaucratie, de l'intendance et de la comptabilité est peu à peu confiée à des salariés extérieurs, au bénéfice d'une formation administrative. Selon les mots d'Eugène Zwahlen, administrateur de la VESKA et président du GHRV, « la bonne volonté ne suffit plus », il devient essentiel d'élaborer des outils communs afin d'adopter une position concertée pour négocier avec l'État. Les divers groupements ou associations d'établissements hospitaliers créés au cours des années 1940 et 1950 se structurent en vue d'affermir leur efficacité et leur légitimité en tant que partenaires<sup>6</sup> et c'est en ce sens que le GHRV insiste auprès de ses membres pour qu'ils se dotent de personnel administratif qualifié.

Afin de mener au mieux ses négociations avec l'État et les assurances, ce groupement a en effet besoin d'accéder à des informations standardisées comparables. Cet enjeu est directement à l'origine de l'adoption du plan comptable élaboré par Eugène Zwahlen, qui unifie les méthodes de gestion et introduit une distinction entre comptes d'exploitation médicale et comptes d'exploitation hôtelière, sur le modèle de la comptabilité mise au point pour l'hôtellerie par la Société fiduciaire suisse. Imposé à l'ensemble des hôpitaux régionaux

dès 1950, il réduit l'autonomie gestionnaire des établissements, mais favorise par contre le remboursement du coût réel de l'hospitalisation des indigents par l'État. Le GHRV, qui a fortement milité pour cette cause, obtient satisfaction avec la convention de 1953, ratifiée par le Conseil d'État. L'adoption de cette nouvelle comptabilité, utilisée jusqu'à son remplacement par un plan commun à tous les hôpitaux suisses en 1972, motive l'engagement de secrétaires ou d'aides-comptables par certains hôpitaux, comme ceux d'Aubonne ou de Sainte-Croix, où des employés de bureau sont présents dès 1955.

La comptabilité n'est de loin pas le seul secteur concerné par la complexification croissante de l'organisation hospitalière : la logistique, la maintenance et la modernisation des bâtiments, le recrutement et la gestion du personnel sont autant de domaines que l'accroissement des établissements et de leur activité rend difficilement gérables par les sœurs-directrices :

Avec le recul, les quelques années qui viennent de s'écouler nous paraissent caractérisées pour notre hôpital comme pour tout le monde hospitalier vaudois, par une prodigieuse accélération de l'évolution [...]. Nous nous efforçons aussi de prévoir l'agrandissement de nos locaux pour que nous soyons à même de continuer à remplir notre mission au mieux. Mais le comité a le sentiment que ces efforts ne sont pas suffisants : s'il faut en effet moderniser nos moyens matériels, il faut aussi repenser et préciser toute notre organisation administrative. Aujourd'hui déjà, notre sœur-directrice, qui est un modèle de dévouement et de compétence, est surchargée de travail. Le comité l'aide dans toute la mesure de ses moyens, mais force est bien de reconnaître que, vu l'occupation toujours plus grande de chacun, le temps lui fait trop souvent défaut. Comment réaliserons-nous alors les tâches considérables qui nous attendent ? Surveillance de nos constructions nouvelles, multiples problèmes posés par le développement constant des assurances, augmentation

<sup>5</sup> Donzé 2007, pp. 206 et ss.

<sup>6</sup> Donzé 2007, pp. 277 et ss.

de notre personnel, etc. À première vue il nous paraît que la solution doit être recherchée dans la nomination d'un administrateur qui puisse assumer la tâche de direction de notre hôpital dans le cadre de la politique générale définie par le comité. Cette formule, qui s'est avérée efficace dans la plupart des hôpitaux régionaux [...] paraît apte à résoudre les difficultés auxquelles nous ne manquerions pas de nous heurter si nous voulions maîtriser les problèmes de la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle, avec une organisation datant du xix<sup>e</sup> siècle<sup>7</sup>.

Le positionnement hiérarchique de ce nouveau personnage-clé du système sanitaire diffère selon les établissements, créant parfois des frictions ou des inquiétudes, par exemple à l'Hôpital de la Chaux-de-Fonds où, en 1964, le médecin-chef se retrouve subalterne du directeur. Il faut aussi ménager la sensibilité des diaconesses, qui se retrouvent privées d'une bonne partie du rôle qu'elles ont tenu jusque-là. En 1937, Saint-Loup avait été jusqu'à menacer l'Hôpital de Nyon d'un retrait de toutes ses diaconesses si la commission administrative persistait à vouloir engager un économiste laïc<sup>8</sup>.

Le comité de l'Hôpital de l'enfance choisit de privilégier un partage horizontal des responsabilités, selon les fonctions assignées aux uns et aux autres, le comité restant maître du gouvernail général. Le nouveau directeur, Bernard Meyer<sup>9</sup>, est au bénéfice d'une formation universitaire commerciale.

Selon son cahier des charges, M. Meyer est responsable, dans la limite des directives émises par le comité, de la vie économique, financière et administrative de l'Hôpital de l'enfance, cela en collaboration étroite entre la sœur-directrice et les médecins responsables des différents services<sup>10</sup>.

• • • • •

<sup>7</sup> RA 1961, pp. 4-5.

<sup>8</sup> Donzé 2003, p. 277 ; Donzé 2007, pp. 207-208.

<sup>9</sup> Bernard Meyer (1927-1997).

<sup>10</sup> RA 1966, p. 3.

Cette répartition semble convenir aux uns et aux autres, et le nouvel arrivant s'attelle immédiatement à quelques chantiers importants, tels que l'engagement de personnel supplémentaire pour assurer une meilleure couverture des soins. À partir de 1974, un adjoint viendra l'épauler dans une tâche toujours plus complexe.

### Direction médicale

À la demande de Maurice Vulliet qui souhaitait être dégagé de ses fonctions pour cause de maladie, un nouveau chef du Service de chirurgie, le D<sup>r</sup> Jean-François Bonard, est engagé au printemps 1966. En concertation avec les autres médecins responsables, une première mouture informelle de collège des médecins se met en place afin de pallier l'absence du D<sup>r</sup> Vulliet :

Bien qu'il fût fidèlement tenu au courant de la marche de « sa maison » et qu'il ait continué à s'y intéresser activement tant que ses forces le lui permirent, le professeur Vulliet ne pouvait être dérangé sans cesse pour régler quantité de questions de détail [...]. Par intérim, les chefs des différents services médicaux de l'hôpital furent donc amenés à se rencontrer régulièrement pour discuter ensemble de ces questions [...]. Un « collège » des médecins s'était ainsi constitué sous la pression des événements, pour répondre à une situation momentanée et urgente. À l'usage, il se révéla que la solution était bonne<sup>11</sup>.

Le collège des médecins se structure véritablement en 1969. Présidé à tour de rôle par l'un des membres du corps médical de l'hôpital, « il traite en exclusivité de toutes les questions purement

• • • • •

<sup>11</sup> Rapport des D<sup>rs</sup> Bonard, Bugnion, Nicod et de Reynier, RA 1966, p. 7.

médicales; il a son mot à dire dans la vie quotidienne de l'hôpital à l'occasion des colloques de direction où se traitent tous les problèmes intéressant à la fois l'administration et le corps médical; il est représenté au comité et au bureau du comité où se prennent toutes les décisions de principe». Tous les deux ans, l'un des médecins est nommé doyen, ou *Primus inter pares*. Il assume la fonction de médecin responsable répondant, à l'égard de ses pairs et des autorités sanitaires, et participe aux réunions du comité en compagnie de l'un de ses confrères délégué par le collège.

L'Hôpital de l'enfance s'enorgueillit d'être « sans doute l'un des premiers hôpitaux régionaux » à instaurer un tel système, dans lequel le corps médical, en sus de traiter des problématiques relevant directement du domaine médical, est aussi étroitement associé à la gestion quotidienne de l'institution. Par rapport aux divers modèles de répartition des pouvoirs, l'Hôpital de l'enfance se positionne clairement pour un système dans lequel comité, corps médical et directeur agissent sur la base d'une concertation horizontale, sans empiéter sur leur mandat respectif:

Nous sommes persuadés qu'une telle expérience est enrichissante pour l'hôpital comme pour le corps médical et qu'elle doit être poursuivie [...]. Les résultats de notre expérience nous font d'autant plus regretter que certains milieux médicaux semblent préconiser une politique différente consistant en fait dans une mainmise presque complète des médecins sur la direction des hôpitaux. Nous pensons quant à nous, avec le Groupement des hôpitaux régionaux vaudois, que les comités des hôpitaux, organes représentatifs des propriétaires de ces établissements, sont seuls qualifiés pour prendre les décisions relevant de l'administration générale de ces maisons. Ils doivent certes, comme nous le faisons, renseigner largement les médecins qui y travaillent et les associer

étroitement aux décisions. Mais en aucun cas, ils ne sauraient abdiquer leurs responsabilités entre les mains de ceux dont le souci principal doit être non pas d'administrer l'établissement où ils travaillent mais d'y prodiguer les soins dans les meilleures conditions possibles<sup>12</sup>.

Le collège des médecins fonctionnera jusqu'à l'orée du XXI<sup>e</sup> siècle, lors de la création d'un seul département de pédiatrie, réparti sur les deux sites de l'Hôpital de l'enfance et de l'Hôpital cantonal, devenu entre-temps le CHUV<sup>13</sup>. Une rencontre mensuelle réunit le collège et le directeur. L'absence de rapport hiérarchique impose à chacun un effort de conciliation parfois difficile, notamment dans la dernière décennie du siècle, au moment où les restrictions budgétaires et les nouvelles orientations politiques obligent à des choix douloureux. Tous régis par des contrats de mandat, les médecins de l'Hôpital de l'enfance ont un statut d'indépendants. Engagés dans la vie de l'établissement, ils bénéficient d'une excellente réputation et y demeurent, pour la plupart, de nombreuses années. Sur le plan financier, ce fonctionnement implique notamment une participation aux gains de la policlinique, en sus de la rémunération établie par leur contrat. Après l'époque classique des médecins-chefs, où la figure du « patron » tout puissant assurait à ce dernier une sorte d'identification avec son établissement, la mise en place d'un collège des médecins, qui va de pair avec l'augmentation de l'activité et la diversification des services, ne permet plus une mainmise aussi immédiate de l'un ou de l'autre des praticiens exerçant dans l'établissement. L'apparition d'un pouvoir médical collégialement

<sup>12</sup> RA 1969, p. 6.

<sup>13</sup> Voir chapitre 4.

partagé correspond, sur le plan clinique, à une époque d'extension et de spécialisation de l'activité médicale, chaque secteur nécessitant, plus encore qu'auparavant, une forte implication de ses acteurs.

### Direction des soins

À la fin décembre 1971, la Maison de Saint-Loup rappelle ses diaconesses. Le retrait des sœurs, dont la présence constituait l'ultime élément de la période classique de l'Hôpital de l'enfance, marque définitivement la transition vers une époque nouvelle. Elsa Folloni, jusque-là infirmière-chef de division, est nommée en tant que première infirmière-chef de l'Hôpital de l'enfance. Ce passage, s'il désigne une rupture importante avec la tradition de l'établissement, a néanmoins été préparé: depuis 1969, Sœur Marcelle Vuillème et ses quatre compagnes étaient au courant de leur prochain départ<sup>14</sup>. La situation est d'ailleurs similaire dans l'ensemble des établissements hospitaliers de Romandie. À partir des années 1950, la sécularisation de la société a engendré une importante crise de recrutement, confrontant l'Institution des diaconesses à une pénurie croissante de ses membres. Parallèlement, la professionnalisation des soins infirmiers a profondément remodelé la pratique des soins et les modes de collaboration entre les différents métiers de la santé, tandis que l'augmentation des besoins en personnel soignant n'a fait qu'accroître le problème du recrutement. Enfin, le fossé entre logique professionnelle et logique vocationnelle s'est élargi, suscitant parfois des incompréhensions ou des conflits.

• • • • •

<sup>14</sup> Entretien avec Marcelle Vuillème.

Dans le canton du Valais, c'est dès 1941 que la Congrégation des sœurs hospitalières de Sion se trouve dans l'incapacité d'honorer la demande de l'Hôpital de Martigny. D'autres établissements romands, comme l'Hôpital de Bex, ont renoncé au service des sœurs de Saint-Loup depuis les années 1920 déjà. Jusqu'aux années 1960, lorsque a lieu la grande vague de retrait des sœurs, les diaconesses conservent cependant la direction de la majorité des hôpitaux romands. Puis, dès 1956 pour l'Hôpital cantonal, la Maison de Saint-Loup retire les sœurs des différents établissements hospitaliers qu'elle desservait, tels que ceux de Nyon, La Chaux-de-Fonds, Montreux, Yverdon ou l'Asile des aveugles<sup>15</sup>.

### LAÏCISATION DE L'ÉTABLISSEMENT

En même temps qu'il se sépare des diaconesses, l'Hôpital de l'enfance s'émancipe de l'ancrage spirituel qui l'avait accompagné jusque-là. La religion chrétienne, et particulièrement le mouvement du Réveil protestant, ont constitué une dimension fondamentale pour l'établissement, particulièrement au XIX<sup>e</sup> siècle, comme le souligne le terme même d'«hospice». Si la confession n'a jamais été un élément discriminant pour l'admission d'un patient, les cultes, l'école du dimanche, la bénédiction des chapelains attachés à l'hospice en ont toujours rythmé et guidé la vie quotidienne. Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, cette tradition se maintient, mais son statut évolue profondément: les soins

• • • • •

<sup>15</sup> Donzé 2003, p. 196 et 262.

infirmiers et médicaux supplantent de plus en plus le secours spirituel dans la mission de l'établissement. Il s'agit moins de guérir les âmes que les corps, voire les esprits, comme le prouve l'activité du Bercaïl; toutefois, l'invocation à Dieu demeure, les cultes se poursuivent et la sœur-directrice veille à ce que la foi chrétienne continue de guider l'activité de la maison. Conjointement à la laïcisation de la direction, les procès-verbaux des assemblées générales annuelles de la jonction des années 1960-1970 témoignent très exactement du processus de sécularisation de la mission de l'établissement :

L'allocation du 2 juin 1966 est représentative de toutes celles qui l'ont précédée :

Selon une fidèle tradition, le premier à prendre la parole est M. le pasteur Barblan, qui situe l'activité de l'hôpital sur son plan véritable et implore la protection divine sur la maison. L'Assemblée passe ensuite à l'ordre du jour<sup>16</sup>.

La séance du 8 mai 1970 s'ouvre selon le même modèle, la bénédiction prononcée incluant l'ensemble des hôpitaux vaudois :

M. le pasteur Jacques Roland a replacé l'activité de l'hôpital sur son plan véritable, en implorant la protection divine sur les malades, le personnel soignant et les établissements hospitaliers de ce canton. L'Assemblée passe ensuite à l'ordre du jour<sup>17</sup>.

Enfin et pour la dernière fois, l'assemblée du 5 juin 1973 est ouverte par les soins d'un homme d'église :

M. J. Roland, pasteur, a imploré la protection divine sur les malades, le personnel et les établissements hospitaliers de ce canton. L'Assemblée passe ensuite à l'ordre du jour<sup>18</sup>.

Il reviendra désormais au président du comité d'administration d'ouvrir les séances des années suivantes.

## POLITIQUE DE SANTÉ VAUDOISE : DÉVELOPPER, COORDONNER

Depuis la fin des années 1950, l'État de Vaud a entrepris la réorganisation de sa politique de santé (processus qui n'est à l'heure actuelle pas près de s'achever...). En 1958, le Département de l'intérieur est restructuré, ce qui permet de séparer les tâches de gestion et d'assistance. Le Service de prévoyance sociale et d'assistance sociale (SPSAS) se charge des conditions d'hospitalisation à l'Hôpital cantonal, ainsi que des conventions négociées avec les assurances, médecins et hôpitaux régionaux. Le Service de la santé publique (SSP) se consacre quant à lui à la gestion d'un système de santé qui s'est largement étendu et commence à peser lourd dans le budget public. L'une des missions en est l'étude des modalités d'agrandissement de l'Hôpital cantonal, ainsi que le déploiement et la coordination de l'offre hospitalière sur l'ensemble du territoire. Confrontées à une augmentation vertigineuse du coût global de la santé, les autorités vaudoises commanditent en 1964 une étude sur la planification hospitalière de tout le territoire. Au cours de l'après-guerre, les dépenses cantonales en matière de santé ont en effet subi une augmentation annuelle de 9%, qui s'élève à 11,4% dès 1960. Sur l'ensemble du pays, le total des dépenses d'exploitation des hôpitaux connaissent, entre 1950 et 1974, une hausse de plus

<sup>16</sup> RA 1965, p. 6.

<sup>17</sup> RA 1969, p. 23.

<sup>18</sup> RA 1972, p. 21.

de 600%, essentiellement due aux améliorations de l'infrastructure technique<sup>19</sup>.

Jusque-là, le contexte économique favorable des Trente Glorieuses avait favorisé une politique d'investissement prioritairement décidée par les établissements eux-mêmes, l'État intervenant surtout en tant que « bailleur de fonds sans réel pouvoir<sup>20</sup> ». Or l'augmentation des dépenses de santé grève surtout le budget des cantons, bien plus que celui de la Confédération ou des communes. Dans le contexte helvétique, c'est en effet au niveau cantonal qu'est assumée la majeure part des subventions d'équipement, d'agrandissement et de construction, alors que se développe une médecine qui s'appuie toujours plus sur une technologie sophistiquée et coûteuse. Le Plan hospitalier vaudois, adopté en 1966 et mis en œuvre en 1967, constituera le préliminaire de cette rationalisation du système de santé.

## LE PLAN HOSPITALIER VAUDOIS

Le Plan hospitalier vaudois s'élabore dans le sillage des plans de croissance ou de rationalisation de l'infrastructure sanitaire que l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) établit au cours de la décennie 1950–1960 pour, respectivement, les pays « en voie de développement » et les pays « développés ». Dans ce contexte, la plupart des grands pays occidentaux se penchent sur l'organisation de leurs systèmes de santé afin de la rendre plus rationnelle et d'anticiper les besoins futurs en fonction des prévisions socio-démographiques. La planification

vaudoise s'inspire beaucoup du modèle français, basé sur une organisation territoriale à l'intérieur de laquelle sont définies des relations de priorité et de complémentarité entre les établissements hospitaliers.

Pierre Gilliland<sup>21</sup> est un personnage-clé de cette nouvelle politique hospitalière. Sociologue et démographe, professeur à l'Université de Lausanne, il est engagé avec son confrère Léo Gagnebin en tant qu'expert et collaborateur du Service de la santé publique. Leur mandat consiste à évaluer la situation hospitalière du moment et prévoir son futur développement. Ce travail s'appuie sur une étude socio-démographique prospective, qui doit déterminer quels seront les besoins de la population en matière de couverture hospitalière dans les années 1980. Selon Gilliland, le vieillissement de la population constitue un élément déterminant qui « modifie profondément la structure des besoins hospitaliers exprimés en fonction du nombre de lits par classe d'âge, par service d'admissions et par groupe de diagnostics<sup>22</sup> ». Afin de garantir à toute la population une bonne couverture des soins, le Plan hospitalier découpe le territoire en huit zones sanitaires, à l'intérieur de chacune desquelles un hôpital généraliste dit « hôpital de zone », existant ou à construire, devra pourvoir aux besoins hospitaliers courants. La médecine de pointe est centralisée à l'Hôpital cantonal, tandis que les hôpitaux régionaux doivent se recentrer sur la prise en charge des malades chroniques et des patients de gériatrie, pour lesquels l'étude a montré que les places viendraient vite à manquer.

• • • • •

<sup>19</sup> Coutaz 2006, p. 45; Donzé 2003, pp. 232-233.

<sup>20</sup> Donzé 2003, p. 280.

<sup>21</sup> Pierre Gilliland (1936–2009).

<sup>22</sup> Gilliland 1969, p. 165; voir aussi Donzé 2003, pp. 280 et ss; Donzé 2007, p. 256 et ss.

En parallèle au découpage territorial introduit par le Plan hospitalier, l'exigence de justification des coûts et des investissements oblige les établissements à réfléchir à leurs priorités et rôles sanitaires respectifs, inaugurant une époque qui, jusqu'à nos jours, se trouve régulièrement jalonnée par les enquêtes, rapports, études et redéfinitions des « missions ». On peut noter au passage que ce vocable, issu du domaine militaire introduit au cours des années 1960 dans le jargon de la politique sanitaire, accompagne la remise en question de l'État-providence et le passage vers une autorité publique beaucoup plus présente et interventionniste en matière de gestion de l'ensemble du domaine de la santé.

## VERS L'HÔPITAL DE L'ENFANCE

Un projet de rénovation globale de l'Hôpital de l'enfance prend forme. En 1961, quand l'Hospice de l'enfance célèbre son premier siècle d'existence, deux grands chantiers sont mis à l'agenda : la rénovation du Bercaïl avec l'adjonction d'un hôpital de jour d'une part, et l'ouverture d'une division réservée aux bébés d'autre part. Ce deuxième objectif est à l'origine de la restructuration complète de l'établissement au cours de la décennie suivante. Dès 1962, le comité prend acte que la création de ce seul nouveau service ne suffirait pas et envisage « la rénovation de diverses parties de l'hôpital ». La création du Fonds du centenaire, constitué sur la base d'un legs exceptionnel et des nombreux dons reçus en cette année anniversaire, le principe de modernisation de l'établissement est acquis. La réalisation des plans, puis des travaux, dont le coût global dépasse largement les 434494 francs réunis à fin

1962, prendra toutefois une bonne décennie encore, le temps de réunir les contributions des privés, mais surtout des pouvoirs publics : depuis belle lurette en effet, la philanthropie ne peut plus couvrir les coûts d'un aussi vaste chantier. Par ailleurs, l'Hospice de l'enfance, qui fait partie du GHRV, doit aussi tenir compte des décisions et négociations en cours entre le groupement et l'État.

Averti et partie prenante de la tendance à une réorganisation générale de l'offre hospitalière, le comité décide, dès 1963, d'entreprendre une réflexion commune sur la coordination des tâches, avec les responsables de la chirurgie infantile de l'Hôpital cantonal, en particulier le Pr Noël Genton. L'année suivante, il est décidé d'étendre la discussion au domaine de la pédiatrie. Le 1<sup>er</sup> avril 1966, précédant d'une année l'application du Plan hospitalier vaudois, un accord est signé entre l'Hôpital de l'enfance et le Service de chirurgie infantile de l'Hôpital cantonal, stipulant que toutes les opérations pourront se faire indifféremment sur l'un des deux sites, exception faite de celles nécessitant un cadre technique dépassant celui que peut offrir l'Hôpital de l'enfance. D'autre part, les deux chirurgiens se remplaceront mutuellement. Cette innovation, qui doit permettre une utilisation optimale des ressources lausannoises, constitue la première étape dûment formalisée d'une politique de coordination qui ira s'accroissant.

## L'EXPLOSION DES CHARGES

Le comité de l'Hôpital de l'enfance anticipe également le Plan hospitalier sur le plan des conditions de son personnel et décide en 1967 de calquer sa

grille de salaires sur celle de l'Hôpital cantonal. Dès l'année suivante, les employés peuvent bénéficier du fonds de prévoyance sociale nouvellement instauré. Ces changements, ajoutés à l'engagement d'infirmières salariées suite au départ des diaconesses, induisent évidemment une hausse des charges salariales. Le coût de la journée témoigne ainsi d'une augmentation spectaculaire, initiée une dizaine d'années auparavant. De 1959 à 1969, le coût d'une journée de malade quintuple pratiquement, passant de 16,92 à 74,15 francs. La diminution de la durée moyenne des séjours hospitaliers, conjuguée à l'alourdissement des charges sociales, accentue encore le processus: en 1973, ce coût atteint 182,40 francs, puis 229,59 francs en 1975.

La situation est similaire dans l'ensemble du réseau hospitalier, à l'échelle vaudoise mais aussi, plus largement, sur tout le territoire national. La politique d'investissements médico-techniques, l'adaptation des conditions salariales, le contexte général d'inflation placent les pouvoirs publics et les établissements de soins devant l'urgence de la réflexion à mener. L'époque des vaches grasses se referme avec la crise économique initiée à la suite des chocs pétroliers des années 1970.

La loi de 1978 sur la planification et le financement des établissements privés d'intérêt public, entrée en vigueur l'année suivante, imposera des restrictions budgétaires, qui s'ajoutent à la diminution des journées de malades, due à la part toujours plus importante de l'activité ambulatoire dans le domaine hospitalier. Déplorant ces « coupes sombres », le comité de l'Hôpital de l'enfance prend des « mesures draconiennes d'économie, comprenant des licenciements », qui permettront

de conserver l'équilibre financier de la maison<sup>23</sup>. L'Hôpital de l'enfance, en franchissant un nouveau cap de modernisation, est également entré dans une ère marquée par des directives politiques et économiques parfois douloureuses.

## SANTÉ VERSUS SOCIAL

En parallèle à ce souci de rationalisation des dépenses du système santé, divers changements intervenus au sein de l'administration du canton témoignent de l'avènement d'enjeux situés à l'articulation du social et de la santé. 1967 voit la création de l'Organisme médico-social vaudois (OMSV), institué pour travailler en coordination avec le Service de santé publique. En octobre 1971, un Service de l'enseignement spécialisé est constitué, suivant d'une année le changement de nom du Service de l'enfance, devenu Service de la protection de la jeunesse. Ces deux services sont rattachés au Département de la prévoyance sociale et des assurances, créé en 1970<sup>24</sup>. Ces modifications résultent d'une évolution culturelle importante, qui inscrit au niveau de la structure étatique une reconnaissance accrue de certaines problématiques telles que le handicap, ainsi que le développement des assurances sociales. Elles montrent également qu'un rapprochement s'opère entre les problématiques sociale et sanitaire. Longtemps dévolue au Département de l'intérieur, la gestion des affaires sociales occupe désormais un nouveau champ de l'espace politique. Deux décennies plus tard, en 1998, ce rapprochement aboutira à

• • • • •  
<sup>23</sup> RA 1979, p. 3; RA 1981, p. 2.  
<sup>24</sup> Coutaz 2007, p. 69.

### Tranche de vie d'un hôpital

Citation du *Rapport annuel* de 1967, par le Président du comité Jacques Matile :

« Nous avons continué par ailleurs la mise à jour de notre hôpital proprement dit. Grâce à divers dons généreux, nous avons pu en améliorer l'équipement technique en achetant un appareil Astrup, un cystomètre, un cystoscope et l'appareillage nécessaire pour les examens urologiques dans lesquels notre chirurgien se spécialise. Nous avons surtout complété notre personnel, qui a augmenté de 11 unités [ . . . ]. Cette évolution se marque aussi dans le nombre d'analyses diverses auxquelles a procédé notre laboratoire (15'978 contre 8'688 en 1966) et de radiographies faites (3'841 contre 3'501 en 1966) [ . . . ] nous avons accueilli, en 1967, 1932 enfants totalisant 30'007 journées de malades, nouveau record (1966 : 29'379), dont 2'206 à l'hôpital proprement dit et 7'601 au Bercaïl. Notre taux d'occupation s'est encore amélioré et a passé de 80,49% à 82,21%.

Ce développement et cette amélioration réjouissants de notre hôpital ont malheureusement une contrepartie qui l'est beaucoup moins : l'accroissement fulgurant du coût de la journée de malade. De Fr. 28,52 qu'il était en 1965, il avait passé à Fr. 32,97 en 1966. En 1967, l'augmentation a été plus brutale encore puisque notre coût journalier a été de Fr. 47,29 par malade. [ . . . ] La tendance de la médecine à recourir toujours plus à des analyses et à des examens techniques s'est maintenue. Nos prix, à cet égard, ont donc augmenté dans une très forte proportion. Mais, et c'est en définitive là l'essentiel, la nécessité où nous nous sommes trouvés d'augmenter massivement notre personnel qualifié pour assurer la permanence de soins de qualité a plus encore chargé nos comptes où les dépenses de personnel entrent pour 60% du total. À cela s'ajoute que, devantant quelque peu les décisions que l'État de Vaud allait prendre pour réadapter les salaires du personnel hospitalier cantonal, nous avons commencé progressivement à améliorer ceux de nos employés dès l'exercice de 1967 [ . . . ].

Il faut encore se poser la question de savoir si nos prix ne sont pas disproportionnés par rapport à ceux des autres hôpitaux, et en particulier à ceux des autres hôpitaux pédiatriques suisses. [ . . . ] Une comparaison avec les chiffres établis par la Veska sur le coût moyen de la journée de malade en 1965 dans 338 hôpitaux suisses donnait les chiffres suivants : hôpitaux universitaires : Fr. 93,90 ; hôpitaux d'enfants : Fr. 61,80 ; moyenne des hôpitaux suisses : Fr. 49,50. Signalons qu'en 1967 le prix moyen de la journée de malade dans les hôpitaux régionaux vaudois a été de l'ordre de Fr. 60.—. Ainsi, en 1967 encore, notre hôpital était en-dessous du coût moyen de la journée de malade des autres hôpitaux pédiatriques suisses et régionaux vaudois. » [RA 1967, pp. 1-2]

la création du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS).

Mais au cours des années 1970 déjà, les rapports annuels de l'Hôpital de l'enfance témoignent très clairement de l'incidence des problématiques sociales sur la vie de l'établissement. À l'instar des autres pays industrialisés confrontés à la première

crise pétrolière, la Suisse connaît alors une croissance importante du chômage et de l'inflation. De ce fait, une part importante des travailleurs d'origine espagnole et italienne quitte la Suisse, ce qui a un impact direct sur l'activité de l'Hôpital de l'enfance : en 1974, le président du comité souligne combien la tendance à la diminution des séjours

hospitaliers et, par conséquent, des journées de malades, « ne peut que s'accroître sous la pression de phénomènes sociologiques comme le départ d'une partie des familles étrangères séjournant dans notre pays. Il suffit pour s'en rendre compte de constater qu'un peu plus du tiers des enfants que nous avons soignés en 1974 étaient d'origine étrangère. Or, à la suite de difficultés économiques générales, un certain nombre d'étrangers ont quitté la Suisse en 1974 déjà, ce qui n'ira pas sans influencer notre taux d'occupation dans l'avenir<sup>25</sup> ».

Dans le même rapport, le chef du service de médecine, le Pr Édouard Juillard, analyse quant à lui la diminution du nombre des hospitalisations en notant trois facteurs concomitants. La baisse de la natalité, observée dans l'ensemble des pays industrialisés, impliquant « d'en tenir compte dans l'appréciation du nombre de lits de pédiatrie nécessaire pour notre région ». En second lieu, évoquant le climat politique suisse marqué alors par les initiatives dites « Schwarzenbach », il relève le départ de nombreux ouvriers étrangers, dont « la récession économique [n'est] que partiellement responsable. La cause principale, du moins pour l'année 1974, est ce phénomène navrant de la xénophobie savamment entretenu et périodiquement réchauffé par les politiciens professionnels ». Enfin, le fort développement de la médecine ambulatoire, « beaucoup moins traumatisante sur le plan psychologique pour les enfants malades », constitue un troisième axe majeur, dont l'évolution sera un facteur toujours plus déterminant dans la politique hospitalière des années à venir.

• • • • •

<sup>25</sup> RA 1974, p. 3.

L'imbrication du social et de la santé n'a certes rien de neuf et la création de l'Hospice de l'enfance constituait déjà une réponse à la reconnaissance des enjeux socio-économiques de son temps. À un siècle d'écart, le souci de la dénatalité répond à celui de la surmortalité infantile qui marquait profondément le XIX<sup>e</sup> siècle, tandis que la problématique de la migration fait écho à celle de l'urbanisation. Ce qui a profondément changé depuis la Seconde Guerre mondiale, c'est le cadre idéologique du déploiement de l'action sanitaire. Les nouveaux services et le département dont se dote alors l'administration vaudoise constituent un indice important de ce processus.

À l'entrée du XXI<sup>e</sup> siècle, la réorganisation administrative à laquelle procédera le Conseil d'État vaudois en 1998 renforcera encore le rapprochement de la santé et de l'action sociale, en supprimant le Département de l'intérieur. Le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), nouvellement créé, reprendra notamment le Service de la santé publique. Le Service de protection de la jeunesse passera quant à lui du Département de la Prévoyance sociale et des assurances – également supprimé – au Département de la formation et de la jeunesse<sup>26</sup>.

## L'HÔPITAL EN CHANTIER

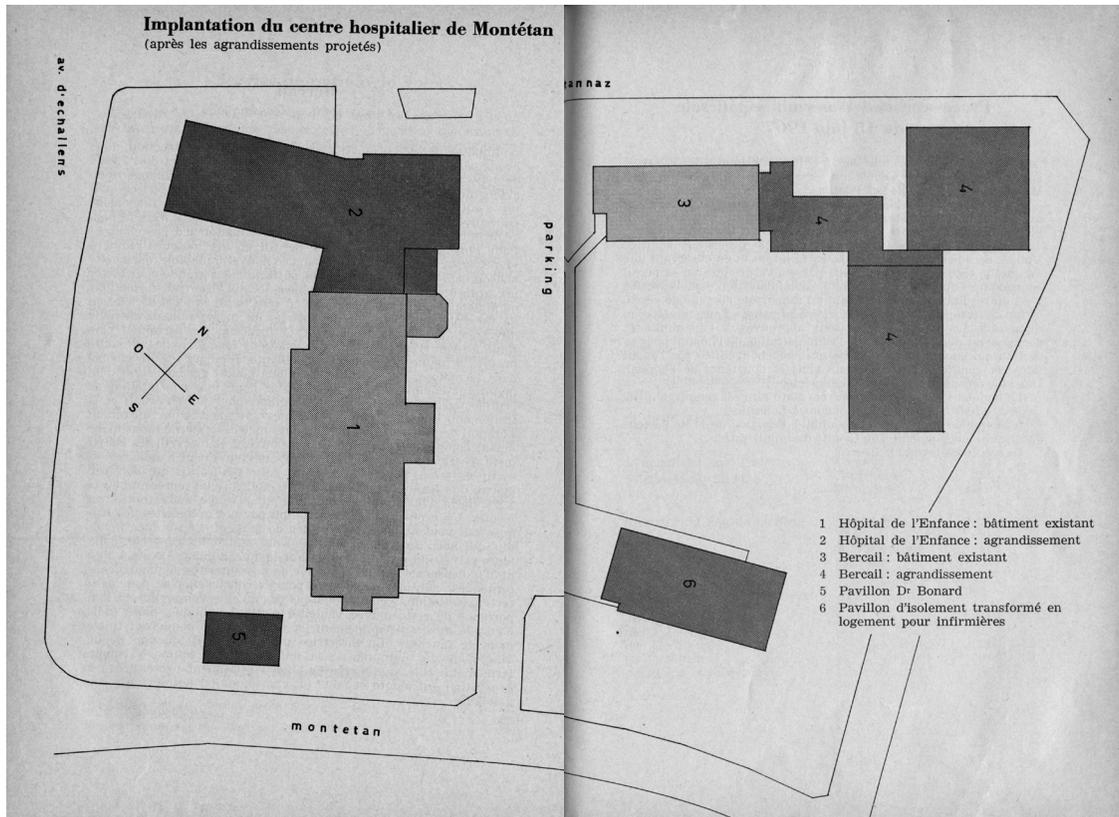
Dans le contexte de la planification hospitalière, l'Hôpital de l'enfance a pour lui le double avantage de la spécificité de son activité et de son statut de fondation privée. Bien qu'en partie dépendant des

• • • • •

<sup>26</sup> Coutaz 2007, p. 68.

fonds publics et forcément concerné par la réorganisation globale du système, il occupe une place à part dans le réseau hospitalier, en compagnie des deux autres établissements lausannois spécialisés et privés : l'Asile des aveugles et l'Hôpital orthopédique. Ces établissements spécialisés, à la différence des établissements de soins généraux, s'adressent à une partie spécifique de la population, caractérisée par une pathologie, une tranche d'âge ou une

pratique médicale particulière, et ils sont tous nés dans un contexte où la philanthropie privée découpait pour ainsi dire dans le tissu social un problème défini – les maladies infantiles, la cécité, le handicap physique – auquel elle se chargeait de remédier. Enfin, la nouvelle politique cantonale en matière hospitalière, si elle marque une étape importante, ne bride pas encore la croissance du système hospitalier, qui continue de se développer. L'objectif des



Projet d'agrandissement de l'Hôpital de l'enfance, *Rapport annuel*, 1966



Étapes du chantier



autorités publiques est surtout de coordonner et de planifier dans le temps leurs investissements, sans remettre en cause le principe même de croissance du système, dont la décennie 1970–1980 constitue paradoxalement l'apogée. En témoigne l'érection consécutive, à Lausanne, des nouveaux bâtiments de l'Hôpital de l'enfance et du CHUV.

Le chantier du nouvel hôpital s'étend sur une décennie. Le 1<sup>er</sup> mars 1968, les travaux d'agrandissement du Bercaïl et d'aménagement d'un site consacré à la pédopsychiatrie sont engagés. Dès février 1974, ceux de la future aile médico-technique commencent. La polyclinique – nouvelle dénomination du dispensaire depuis 1966 –, les instituts de radiologie et de physiothérapie, les laboratoires et un bloc opératoire de salles y sont regroupés dès l'automne de l'année suivante. La transformation de l'ancien pavillon d'isolement et des locaux de l'hôpital, ainsi que l'érection d'un nouveau corps de bâtiment, font l'objet de la seconde phase de travaux, en vue d'une complète restructuration. En 1977, le centre d'audiophonologie, de nouveaux bureaux pour le SUPEA et trois classes du Bercaïl prennent place dans le « Pavillon Nord », selon l'appellation qui prévaut désormais.

Enfin, l'ensemble des travaux une fois achevé, l'inauguration du nouvel Hôpital de l'enfance a lieu le 3 octobre 1979. La D<sup>resse</sup> Henriette de Crousaz, responsable du service de médecine, se réjouit de pouvoir disposer d'« un service d'isolement dans lequel les malades sont réellement isolés ! ». Ces chambres séparées offrent en outre la possibilité d'hospitaliser un plus grand nombre d'adolescents, lorsque ceux-ci préfèrent éviter l'hôpital pour adultes. Amorcé depuis plusieurs années, l'accueil de patients adolescents prend en effet une part



Adolescents hospitalisés à l'Hospice de l'enfance dans les années 1930

croissante dans l'activité de l'établissement. En 1979, l'Hôpital de l'enfance reçoit ainsi 79 patients de 16 ans et plus, contre 325 nourrissons, 664 enfants de 1 à 4 ans, 856 de 5 à 9 ans et 635 de 10 à 15 ans. Cette nouvelle donne doit être reliée à l'émergence d'une spécialité en voie de construction : la médecine des adolescents. En 1985, prenant acte de cette évolution, l'Hôpital de l'enfance prolongera l'âge d'admission de ses patients de 15 ans à 20 ans.

### **AUTOUR DE L'HÔPITAL DE L'ENFANCE : UN SYSTÈME HOSPITALIER EN PLEINE CROISSANCE**

Malgré la crise persistante des finances publiques et les premiers efforts de rationalisation des dépenses de santé, l'idéologie dominant les décades de 1970 et 1980 reste, on l'a vu, celle du développement

de l'infrastructure hospitalière, en particulier au niveau de l'Hôpital cantonal. L'évolution de la médecine dans son ensemble pousse elle-même fortement dans ce sens: la pratique médicale s'appuie sur un appareillage technique de plus en plus lourd, avec l'apparition d'équipements issus des progrès réalisés dans les domaines de la recherche nucléaire, des sciences du vivant ou des nouvelles technologies d'imagerie. Ainsi la dialyse, l'hématologie ou l'échographie entrent-elles dans le champ de la médecine de routine, suscitant une vague d'investissements qui s'ajoute à celle des constructions et rénovations immobilières.

Parallèlement, on observe partout cette flambee sans précédent des spécialités médicales, dont la traduction la plus immédiate est l'éclosion de nombreux services et divisions, en médecine adulte ou pédiatrique. Le développement de l'ancienne Clinique infantile de Genève, devenue Hôpital des enfants, témoigne de cette dynamique. Fred Bamatter, professeur de pédiatrie de 1957 à 1969, y a beaucoup œuvré pour l'ouverture d'une division de néonatalogie, pour le développement de la chirurgie pédiatrique et de la polyclinique de pédiatrie. Son successeur, Pierre Ferrier, impulse la transformation de la Clinique de pédiatrie en Département universitaire de pédiatrie et de génétique; par ailleurs, dès les années 1970, un nombre croissant de spécialistes contribuent à étendre l'éventail des soins pédiatriques, qui intègrent notamment l'hématologie, la gastro-entérologie ou la néphrologie. Comme à Lausanne, et dans les établissements universitaires analogues de Suisse, l'interdisciplinarité et l'augmentation des

soins ambulatoires caractérisent l'évolution de la pratique pédiatrique<sup>27</sup>.

Dans le canton de Vaud, suivant les résolutions adoptées par le Plan hospitalier de 1967, le développement de l'Hôpital cantonal est engagé dès 1971. Cette date marque le début des travaux du nouvel Hôpital cantonal, primitivement baptisé «Cité hospitalière», puis «Cité hospitalière vaudoise», jusqu'à l'adoption de l'acronyme CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) sous lequel nous le connaissons aujourd'hui. Le chantier s'étalera sur une décennie, inspirant une envolée lyrique au conseiller d'État Philippe Pidoux:

Les Égyptiens ont construit des pyramides, la communauté vaudoise a édifié le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois<sup>28</sup>.

Inauguré en 1982, le CHUV entre pleinement en fonction l'année suivante, exactement un siècle après l'ouverture de l'Hôpital cantonal du Bugnon. La construction de ce vaste complexe, dont la surface au plancher dépasse 23 hectares, coûtera plus d'un demi-milliard de francs<sup>29</sup>. Le nouveau centre hospitalier se veut un outil performant, doté d'un environnement médico-technique de pointe. En 1986, le Service universitaire de pédiatrie quittera le bâtiment de la Clinique infantile pour rejoindre le nouveau complexe hospitalier.

• • • • •

<sup>27</sup> Suter 2001, pp. 70 et ss.

<sup>28</sup> Coutaz 2007, p. 59.

<sup>29</sup> *Id.*



Les bâtiments du CHUV

## PROMENADE DANS LES SPÉCIALITÉS ET SERVICES DE L'HÔPITAL DE L'ENFANCE

Mais revenons à l'Hôpital de l'enfance, qui étrenne ses nouveaux locaux après une longue succession de chantiers et se réjouit de vivre enfin, en 1979 et « pour la première fois depuis de nombreuses années, une période pendant laquelle les problèmes

de construction n'ont pas pesé sur sa gestion<sup>30</sup> ». Sur le plan de la pratique médicale, cette époque de déploiement architectural et technique témoigne de la diversification de la spécialité pédiatrique, qui s'est affirmée, à partir des années 1950, en tant que domaine à part entière, doté de ses sous-spécialités propres. De son statut de division particulière de la médecine générale, la pédiatrie a acquis son

<sup>30</sup> Rapport de Jacques Matile, président du comité, RA 1980, p. 2.



Vue de l'Hôpital de l'Enfance, 1977

autonomie. Un passage en revue des nombreuses spécialités présentes à l'Hôpital de l'enfance donne la mesure de cet essor. Des plus traditionnelles aux dernières nées, toutes concourent à promouvoir la médecine de l'enfant et à légitimer sa particularité sur le fait que « l'enfant n'est pas un modèle réduit de l'adulte<sup>31</sup> », comme le rappellent, dans la continuité

des arguments du D<sup>r</sup> François Joël, les D<sup>rs</sup> Pierre Flubacher et Martine Nydegger Udin, responsables du Service d'anesthésiologie-réanimation et réveil en 1998.

### Pédopsychiatrie

Dans la longue période de mue de l'Hôpital de l'enfance, le Bercaïl est le premier à emménager dans

• • • • •

<sup>31</sup> Rapport des D<sup>rs</sup> Pierre Flubacher et Martine Nydegger Udin, RA 1998, p. 11.

ses nouveaux locaux. L'internat travaillant en flux continu, complet dès ses premiers mois d'existence en 1938, l'opportunité d'un élargissement de ses possibilités d'accueil, régulièrement soulignée, est toutefois longtemps reportée, faute de fonds suffisants. À la fin des années 1950, le principe d'une nouvelle construction est adopté :

[le] Bercaïl [...] est un des seuls instituts du pays à répondre aux besoins auxquels il fait face. L'agrandir paraît une nécessité. L'idée est dans l'air depuis un certain temps déjà et notre président avant de nous en parler a tenté de voir si elle était exécutable. L'implantation d'un nouveau bâtiment tout au nord de la propriété actuelle est réalisable et l'on envisagerait la construction d'un nouvel immeuble de 4 étages<sup>32</sup>.

Il faudra pourtant patienter plus de dix ans encore avant que cette réalisation ne voie le jour. Dans l'intervalle, le projet se précise et il est décidé qu'une part du Fonds du Centenaire y sera dévolue. En 1962, une réalisation d'envergure, comprenant internat et externat, peut enfin être envisagée dans un avenir proche :

L'idée de constituer, dans le cadre de l'Hospice de l'enfance, un centre complet d'hygiène mentale infantile, avec une consultation médico-pédagogique ouverte au public, un internat pour le traitement des malades les plus graves et un semi-internat pour les enfants qui peuvent rentrer le soir dans leur famille, ouvre de merveilleuses perspectives et permet d'espérer un rayonnement toujours plus bénéfique<sup>33</sup>.

Outre le problème de place, l'équipe du Bercaïl fait face, jusque dans les années 1960, à des difficultés financières chroniques, qui se

traduisent particulièrement par un manque de personnel, comblé par l'engagement régulier de stagiaires. Cette situation est notamment due à la non-reconnaissance des affections psychiatriques de l'enfant par les assurances<sup>34</sup>. L'entrée en vigueur de l'Assurance invalidité (AI) en 1960 soulage de manière importante le Bercaïl, désormais compté au nombre des institutions spécialisées dont l'AI peut couvrir une part des frais et du déficit. La reconnaissance de l'ancienne « École Pahud » comme on l'appelait alors – une section de l'école sociale de Genève ouverte par Claude Pahud en 1954, à Lausanne –, devenue École d'études sociales et pédagogiques (EESP), ainsi que l'adhésion de la Fondation de l'Hôpital de l'enfance au contrat collectif des éducateurs spécialisés en 1963, contribuent à favoriser l'engagement d'un personnel en nombre suffisant et désormais diplômé. En dépit de ces avancées, la psychiatrie infantile reste pour quelques années encore un domaine mal reconnu par les caisses qui « n'ont pas encore compris que les enfants que nous traitons au Bercaïl et à l'Hôpital de jour étaient des malades. Au mépris de leurs obligations légales, elles refusent donc pour la plupart de couvrir les frais de cette hospitalisation à un tarif normal<sup>35</sup> ».

### L'internat

Venant compléter les ressources issues du Fonds du centenaire, deux crédits sont accordés à l'Hôpital de l'enfance en 1967 pour la construction d'un

<sup>32</sup> Séance du comité du 15 mai 1957, archives HEL.

<sup>33</sup> Rapport du Dr Jacques Bergier, RA 1962, p. 12.

<sup>34</sup> Bergier 1988, pp. 24-25.

<sup>35</sup> RA 1972, p. 7.

ensemble incluant l'internat du Bercail, un hôpital de jour et un centre de guidance infantile. Il est prévu que l'ancien bâtiment du Bercail soit loué à l'Office médico-pédagogique vaudois (OMPV), afin qu'il y établisse sa consultation pour l'Ouest lausannois, poursuivant ainsi l'histoire de sa collaboration avec le Bercail. 700'000 francs sont prêtés par le Grand Conseil, auxquels s'ajoutent 500'000 francs provenant du Conseil communal de Lausanne. Les travaux démarrent l'année suivante et l'OMPV peut s'installer dès l'automne 1968 dans l'ancien internat. Quant au chantier du nouveau Bercail, il avance d'un bon train et l'emménagement a lieu en septembre 1969.

Le transfert s'est opéré sans heurt d'une maison à l'autre, grâce à l'excellente préparation des éducatrices, sans décompensation pour nos enfants, pourtant si sensibles au moindre changement<sup>36</sup>.

Conjointement à l'arrivée dans ses nouveaux locaux, l'équipe des spécialistes consultants du Bercail s'étoffe d'une seconde psychothérapeute, d'une rééducatrice de la motricité et d'une logopédiste à temps partiel. Quant à l'équipe fixe, elle se compose du médecin responsable, de la directrice, de deux assistantes sociales, deux instituteurs et deux éducatrices, auxquels une aide-éducatrice, six stagiaires et une infirmière veilleuse viennent prêter main forte. Un poste de secrétaire a été créé afin de décharger les assistantes sociales d'un trop-plein administratif<sup>37</sup>. Agrandi, modernisé, le Bercail entre dans une phase caractérisée par une profonde évolution des pratiques d'encadrement,

<sup>36</sup> Rapport du Dr Jacques Bergier, RA, 1969, p. 16.

<sup>37</sup> Rapport du Dr Jacques Bergier, RA, 1969, p. 16; entretien avec Christiane Wayss.

liée à la professionnalisation des métiers du travail social, et en particulier de l'éducation spécialisée. Les modes de traitement et d'accompagnement s'orientent vers une interdisciplinarité croissante, ce qui comptera parmi les facteurs de forte augmentation du personnel dans les années suivantes. Pourtant, en 1969, le rapport annuel de l'Hôpital de l'enfance conserve une discrète empreinte de l'époque de la fondation du Bercail: dans sa liste des services médicaux, il mentionne toujours le service des «enfants nerveux».



Salle de classe du nouveau Bercail

## L'externat

La création d'une structure complétant l'internat avait été évoquée dès 1948 par Lucien Bovet, qui parlait alors d'ouvrir un «second Bercail». Au milieu des années 1950, alors que les enfants doivent patienter de six à huit mois pour qu'une place se libère et qu'on installe à l'occasion quelques lits de

camp pour pallier le manque de place<sup>38</sup>, un régime d'externat est mis à l'essai pour quelques anciens internes du Bercaïl, en même temps qu'une expérience d'accueil de patients admis directement en tant qu'externes. Les difficultés d'intégration des externes au groupe des internes convainquent le personnel et le comité que la création d'une structure parallèle est nécessaire. En 1970, l'Hôpital de jour, également appelé Centre psychothérapeutique de Jour, peut enfin ouvrir ses portes<sup>39</sup>. Le Pr Walter Bettschart, qui est également chef adjoint du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), en est nommé médecin responsable.

L'idée première de Bettschart et de la directrice pédagogique du nouveau centre, Anne-Marie Bobillier, tous deux fortement impliqués dans ce projet, était d'établir une collaboration étroite entre l'externat et l'internat, afin qu'un patient puisse passer de l'un à l'autre en fonction de son évolution.

L'expérience a montré que cette collaboration était difficile, que l'enfant supportait mal de passer d'une maison à l'autre [...] finalement, et pendant une longue période, les deux maisons ont mené leur vie parallèlement et de façon indépendante<sup>40</sup>.

En 1983, la retraite de Jacques Bergier, qui a profondément marqué l'histoire du Bercaïl et plus largement celle de la pédopsychiatrie vaudoise, coïncide



Le centre psychothérapeutique de l'Hôpital de l'enfance, ou « Hôpital de jour », 1977

avec une réflexion sur la direction de l'Hôpital de jour, jusque-là conjointement assumée par un directeur et un médecin-directeur. La commission nommée par Bernard Meyer afin d'étudier cette question en arrive à la conclusion que la direction doit être assurée par une seule personne, « un pédopsychiatre qui pourrait assurer la responsabilité médicale aussi bien que les autres aspects d'une direction<sup>41</sup> ». Le Dr François Ansermet, qui travaillera en collaboration avec les pédopsychiatres responsables de chaque unité, est nommé à ce poste. Sur son initiative, une consultation de pédopsychiatrie intégrée aux services somatiques de l'hôpital est ouverte. Cette nouvelle consultation constitue un tournant important, avec l'introduction de la psychiatrie de liaison.

<sup>38</sup> Rapport du Dr Jacques Bergier, RA 1956, p. 14.

<sup>39</sup> Pr François Ansermet, « Collaboration entre la Division de pédopsychiatrie de l'Hôpital de l'enfance et le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) dans la création d'un Service de pédopsychiatrie de liaison intervenant à l'Hôpital de l'enfance et au CHUV », *Document pour la conférence de presse du 8 septembre 1994 à l'Hôpital de l'enfance*, août 1994, 4 p., archives HEL.

<sup>40</sup> Bergier 1988, p. 27.

<sup>41</sup> Rapport de l'équipe de l'Hôpital de jour, RA 1983, p. 11.

## Vers la division de pédopsychiatrie

Le projet élaboré par François Ansermet instaure une intervention commune du pédopsychiatre et du pédiatre, dans une optique de complémentarité qui permet une approche plus globale du patient<sup>42</sup>. Sont par exemple concernés les enfants atteints d'une maladie chronique pouvant entraîner le développement de troubles psychiques, ou dont les troubles psychiques se manifestent sur le plan somatique, tels que les troubles du comportement alimentaire. En 1989, l'expérience s'étant montrée concluante, un nouvel espace situé au troisième étage du bâtiment hospitalier est ajouté, offrant aux enfants un cadre plus adapté. Avec la création de ce centre de soins, la consultation devient une unité de pédopsychiatrie. Les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 16 ans en cours d'hospitalisation dans un des services somatiques de l'Hôpital de l'enfance ou venant de l'extérieur selon un planning à temps partiel établi par leur médecin, y sont accueillis par une équipe pluridisciplinaire. Par rapport au travail effectué jusque-là en psychiatrie de l'enfant au Bercaïl et au Centre psychothérapeutique de jour, cette unité met notamment l'accent sur la prévention. L'interaction du psychiatre et du pédiatre, qui implique une nouvelle culture du suivi thérapeutique, permet de déceler certains troubles très en amont de leur épanouissement, et de mettre en place un suivi coordonné, sur le double plan somatique et psychique,

• • • • •

<sup>42</sup> D<sup>r</sup> François Ansermet, «Présentation de l'unité de pédopsychiatrie et de son centre de soins», brochure d'inauguration, 5 p., et «Discours pour l'inauguration de l'unité de pédopsychiatrie», le 27 septembre 1990; D<sup>r</sup> G. Mayor, discours «Inauguration de l'Unité pédo-psychiatrique – 27 septembre 1990», archives HEL.

plutôt que de faire alterner les traitements. Dans le discours qu'il prononce lors de l'inauguration, le D<sup>r</sup> Ansermet, s'inspire d'une métaphore de Michel Serres pour expliquer une démarche qui s'inscrit «entre psychiatrie et pédiatrie, entre psychanalyse et pédiatrie. On a longtemps cherché cette voie qui fait communiquer l'océan Atlantique et le Pacifique [...]. Certainement la médecine résulte d'une telle traversée. Et pourtant, dans son champ, des passages sont encore à découvrir [...], des patients, par leur souffrance, nous obligent à trouver un passage, nous obligent à passer d'un champ à l'autre, souvent même simultanément<sup>43</sup>».

Les trois structures: Bercaïl, Centre psychothérapeutique de jour et – dernière née – Unité de pédopsychiatrie, sont réunies au sein de la Division de pédopsychiatrie de l'Hôpital de l'enfance, qui forme désormais une entité très complète de pédopsychiatrie, s'échelonnant de la consultation à la prise en charge institutionnelle. Une convention signée en 1987 entre la Fondation de l'Hôpital de l'enfance et l'État de Vaud règle les rapports entre cette nouvelle division et le SUPEA, à la fois sur les plans de la clinique et de la formation. Fondée sur le double principe de l'indépendance et de la complémentarité de l'Hôpital de l'enfance et du SUPEA, cette convention instaure notamment une Commission de coordination chargée de la gestion des problématiques communes, alternativement dirigée par le médecin-directeur du SUPEA et par le directeur administratif de l'Hôpital de l'enfance. Elle établit en outre la Division de pédopsychiatrie en tant que lieu de formation clinique pour l'obtention du titre

• • • • •

<sup>43</sup> D<sup>r</sup> François Ansermet, «Discours pour l'inauguration de l'unité de pédopsychiatrie», le 27 septembre 1990, pp. 1-2.

FMH de psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents. Le montant de l'enveloppe budgétaire allouée au Bercaïl et à l'Hôpital de jour est désormais déterminé par le Service de la santé publique et de la planification sanitaire, en concertation avec la Fondation de l'Hôpital de l'enfance<sup>44</sup>. La supervision de la tâche éducative et pédagogique réalisée au sein de la nouvelle division relève, quant à elle, du Service de l'enseignement spécialisé et du Service de protection de la jeunesse. Cinq ans plus tard, la nomination de François Ansermet en tant que médecin-chef et professeur associé au SUPEA permet d'accroître encore la collaboration entre les deux entités, avec la création d'un Service de pédopsychiatrie de liaison pouvant intervenir dans les services de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique du CHUV et de l'Hôpital de l'enfance. Sa mission est à la fois thérapeutique, préventive, de formation et de recherche<sup>45</sup>.

Ainsi, à partir du noyau central du Bercaïl, autour et avec la collaboration duquel se sont mis en place successivement l'OMPV devenu le SUPEA ; le Service de l'enfance ; l'enseignement supérieur vaudois en éducation spécialisée et en psychopathologie infantile, l'offre de l'Hôpital de l'enfance en matière de pédopsychiatrie s'est patiemment et résolument déployée. De la prévention à l'intervention de crise, du suivi au long cours au travail de réintégration de

l'enfant, l'évolution de la place occupée par les soins en psychiatrie infantile au sein de l'Hôpital de l'enfance est aussi, plus largement, un indice de l'importance qu'a prise, au cours de la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle, la problématique de la santé mentale dans notre conception de la santé.

Sur le plan organisationnel, la coordination entre les différentes entités concernées et l'attribution d'une double direction au même médecin responsable préfigure, sur le plan de la pédopsychiatrie, le regroupement de l'ensemble de la pédiatrie lausannoise au sein du Département médico-chirurgical de pédiatrie, créé en 2000 et dont il sera question dans la dernière partie.

### Chirurgie, réanimation et anesthésie

Comme partout ailleurs en milieu hospitalier, la chirurgie constitue, avec le service de médecine, l'un des deux pôles historiques au travers desquels s'instaure la médicalisation de l'ancien hospice de l'enfance. Lors du départ en retraite de Maurice Vulliet, qui s'était particulièrement attaché à développer les domaines de la chirurgie faciale et des fractures, le Dr Jean-François Bonard, en plus de son activité de chef du service de chirurgie, installe son cabinet privé de consultation dans une annexe construite à cet effet en 1966. Cet arrangement permet à l'Hôpital de l'enfance de bénéficier à tout moment de sa présence. La même année, l'accord conclu entre les services de chirurgie de l'Hôpital de l'enfance et de l'Hôpital cantonal, conjugué à l'engagement d'une infirmière anesthésiste diplômée, permet d'étendre la pratique chirurgicale à de nouvelles interventions.

<sup>44</sup> *Convention entre État de Vaud et la Fondation de l'Hôpital de l'enfance*, 1986, archives HEL.

<sup>45</sup> Pr François Ansermet, « Collaboration entre la Division de pédopsychiatrie de l'Hôpital de l'enfance et le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) dans la création d'un Service de pédopsychiatrie de liaison intervenant à l'Hôpital de l'enfance et au CHUV », *Document pour la conférence de presse du 8 septembre 1994 à l'Hôpital de l'enfance*, août 1994, 4 p., archives HEL.

Le D<sup>r</sup> Jean-Pierre de Reynier, chef du Service ORL, évoquera quelques années plus tard les «transes» qu'il éprouva souvent, et qui lui furent causées par «les narcoses à l'éther avec le masque de Juillard, faites, comme c'était la coutume, par la dernière diaconesse arrivée dans le service de chirurgie. À maintes reprises, la divine Providence était présente. Quel soulagement et quelle tranquillité lorsque M<sup>lle</sup> Jaton, infirmière anesthésiste, en 1966, puis en 1968 un médecin anesthésiste, le D<sup>r</sup> Esposito, vinrent nous prêter main forte<sup>46</sup>!».

Avec l'engagement du D<sup>r</sup> Pasquale Esposito, un véritable service d'anesthésie et de réanimation est ouvert. Bonard se réjouit de cette collaboration, notant qu'«on en vient rapidement à oublier, grâce à lui, que les narcoses puissent comporter le moindre danger<sup>47</sup>!». Au cours de la première année de fonctionnement, 1404 sont effectuées, dont un peu plus de la moitié par intubation oropharyngée, et les autres par apposition du masque d'anesthésie. Le D<sup>r</sup> Marcel Nicod, chef du service de médecine, apporte fréquemment son concours dans les cas de réanimation. Un service permanent de garde d'anesthésie est institué grâce à l'engagement d'une sœur anesthésiste. Les narcoses ambulatoires représentent alors 239 interventions, contre 320 pour les cas d'urgences opératoires. La mise en route du bloc médico-technique en 1975, «qui nous récompense de notre longue attente», permet à ce service de prendre enfin ses aises, une salle de narcose jouxtant chacune des deux nouvelles salles d'opération. Deux salles de réanimation sont également installées, dont l'une au rez-de-chaussée, dans le service

de la policlinique. Quatre appareils de narcose, deux respirateurs automatiques, deux défibrillateurs cardiaques et deux moniteurs cardio-vasculaires assurent la possibilité de «conduire simultanément deux narcoses dans les conditions de sécurité les meilleures<sup>48</sup>». En 1981, alors que le service assure plus de 2'000 anesthésies annuelles, le D<sup>r</sup> Izzet Celikalay succède au D<sup>r</sup> Esposito. Une dizaine d'années plus tard, en plus de la collaboration qui s'est établie avec le service d'anesthésie pédiatrique du CHUV, le D<sup>r</sup> Pierre Flubacher, devenu responsable du service, souligne un fort développement de l'activité pédagogique:

Nous avons également participé à la formation continue de plusieurs médecins et infirmiers anesthésistes de Suisse romande [ce qui] s'inscrit dans le développement d'un réseau romand d'anesthésie<sup>49</sup>.



Le laboratoire dans les années 1970

• • • • •  
<sup>46</sup> Rapport du D<sup>r</sup> de Reynier, RA 1983, p. 6.

<sup>47</sup> RA 1968, p. 10.

• • • • •  
<sup>48</sup> Rapport du D<sup>r</sup> Esposito, RA, 1975, p. 15.

<sup>49</sup> Rapport des D<sup>rs</sup> Flubacher et Reinberg, RA 1995, p. 8.

L'extension de l'activité chirurgicale motive l'engagement d'un second chirurgien, le Dr Georges Mayor, l'un des premiers à acquérir le titre nouvellement instauré de spécialiste FMH en chirurgie infantile. Dans le contexte de répartition des soins entre l'Hôpital de l'enfance et l'Hôpital cantonal, la création de ce poste en 1975 suscite une mise au point du comité :

Cet engagement n'a pas eu l'heur de plaire à tout le monde. Cela a été pour nous l'occasion de réaffirmer les

principes de notre politique [...] : l'indépendance de notre hôpital régional, telle qu'elle est garantie par le plan hospitalier, tout d'abord ; notre volonté ensuite de pratiquer une médecine et une chirurgie efficaces, mais de limiter volontairement notre activité en nous interdisant de notre propre chef de pratiquer des spécialités qui nécessitent des moyens en personnel ou en installations qui sont hors de notre portée et qu'il serait ridicule d'acquérir, eu égard à leur emploi exceptionnel, et à leur présence dans l'hôpital universitaire voisin<sup>50</sup>.

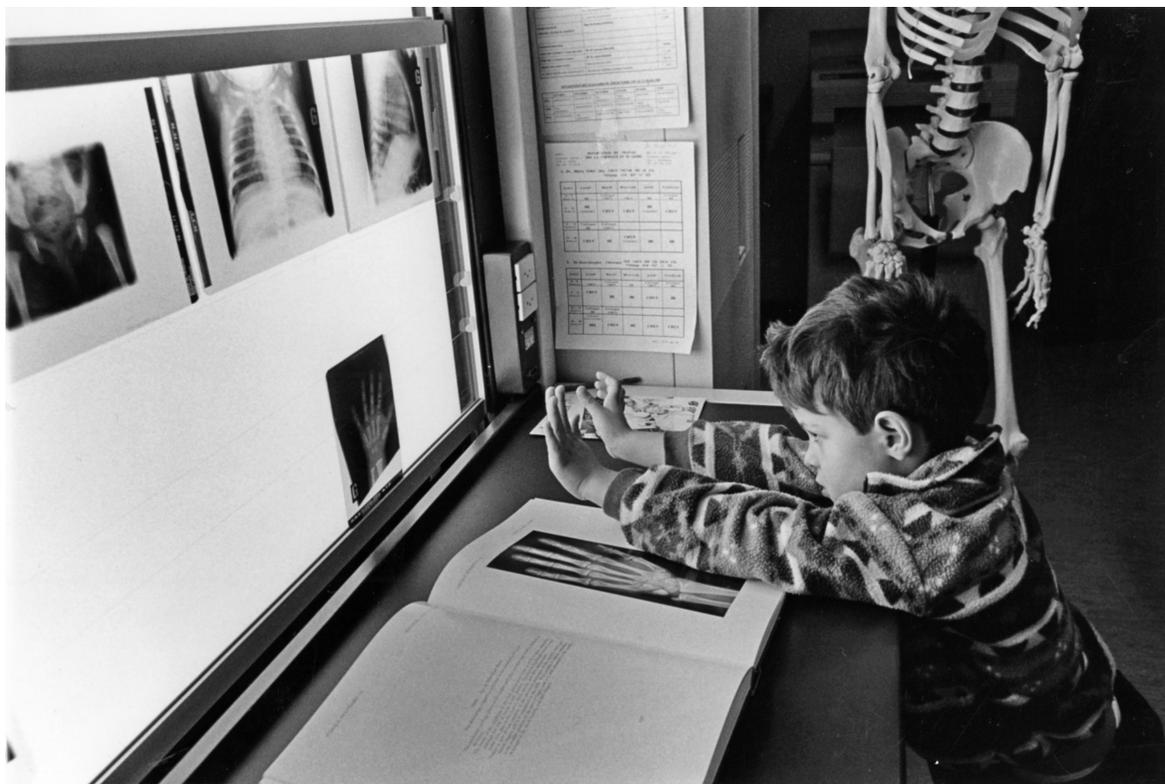
<sup>50</sup> RA 1975, p. 3.



## Radiologie

Dès l'emménagement de l'Hospice de l'enfance sur le site de Montétan au début du siècle, la radiologie avait été introduite dans l'établissement, dont elle constituait depuis lors une activité quotidienne. Sa continuité dans le temps fait de ce service la première spécialité intégrée à l'offre permanente de l'hôpital. Assurés durant plus de vingt ans par le Dr Jules Senaud, puis par son frère Paul, les examens

radiologiques évoluent de façon spectaculaire avec les diverses technologies de l'imagerie médicale. L'époque des Drs Michel Bugnon et Jean Bossert, dans les années 1960, est celle du développement d'une radiologie plus spécifiquement pédiatrique, qui évoluera notamment vers le suivi du développement de l'enfant et du fœtus. Dans son rapport de 1968, le premier souligne ainsi combien sa pratique « a une tendance toujours plus marquée à s'individualiser par rapport à la radiologie générale dont



Familiarisation avec les radiographies

elle dépendait autrefois<sup>51</sup> ». Depuis 1966, une page du rapport annuel est dévolue à ce service, qui voit son activité en constante augmentation : 3'051 radios sont effectuées cette même année, et le cap des 5'000 radios est franchi en 1969. Les grands travaux des années 1970 permettent à ce service de déployer une ampleur à la mesure des besoins et du développement technologique de l'imagerie médicale. Un générateur à rayons X, une développeuse automatique de films et une caméra 7/7 cm viennent compléter l'équipement.

Le service prend possession de ses nouveaux locaux à l'automne suivant et bénéficie désormais de la présence d'une secrétaire. Des colloques interdisciplinaires réunissent les praticiens autour des clichés et permettent de « resserrer de plus en plus les liens entre les différents spécialistes responsables de la santé des enfants<sup>52</sup> ». À la fin des années 1970, le nombre d'examen atteint la vitesse de croisière de 12'000 clichés. Un don de 130'000 francs de la Loterie romande, en 1983, autorise le service à enrichir son équipement d'un appareil à ultrasons, longtemps convoité par l'équipe médicale. Grâce à cette nouvelle technologie, bon nombre d'examen peuvent dès lors se pratiquer en évitant toute irradiation. À la fin du siècle, l'équipe de radiologie compte quatre techniciennes et assure une garde permanente, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Le D<sup>r</sup> Jean Quéloz, formé en radiologie pédiatrique aux USA, membre de la Société européenne de radiologie pédiatrique et responsable du service de 1974 à 2000, constate avec satisfaction que « le Service de radiologie est toujours plus

ouvert pour répondre à la demande des médecins correspondants installés en ville<sup>53</sup> ».

### ORL et audiophonologie

En 1917, l'engagement du D<sup>r</sup> Raach avait permis l'ouverture d'une consultation d'oto-rhino-laryngologie (ORL), devenue un service à part entière dès 1931. À la suite des D<sup>rs</sup> Curchod et Edmond Burnier, Jean-Pierre de Reynier avait repris ce service en 1953. En 1963, s'inspirant de la consultation d'audiologie infantile créée l'année précédente à Berne, il ouvre à l'Hospice de l'enfance le premier centre romand de dépistage précoce de la surdité chez l'enfant, qui permettra notamment d'instituer un examen auditif systématique en cas d'adoption. Aménagé dans la salle de couture de l'hôpital, le centre d'audiophonologie se met en place aux côtés des piles de draps à repasser. La pièce est adaptée l'année suivante, « mais la bonne odeur du linge lavé au savon de Marseille avait disparu<sup>54</sup> ». En 1966, un enseignement adapté aux enfants sourds est inauguré et une logopédiste est engagée en 1969 pour s'occuper de cette classe, première du genre à Lausanne. Elle assure également, à domicile, un suivi et une prise en charge précoce de la surdité infantile. En quelques années, une équipe de logopédistes et d'orthophonistes se constitue, tandis qu'une étroite collaboration se met en place avec l'École cantonale pour enfants sourds. À l'automne 1975, le Centre d'audiophonologie, qui déploie son activité en parallèle et en complément à

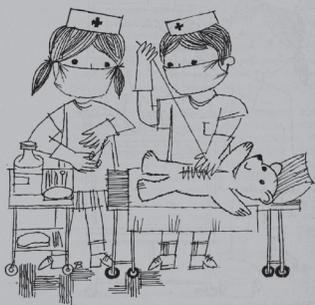
<sup>51</sup> Rapport du D<sup>r</sup> Bugnion, RA 1968, p. 11.

<sup>52</sup> Rapport des D<sup>rs</sup> Landry et Quéloz, RA 1974, p. 16.

<sup>53</sup> Rapport du D<sup>r</sup> Quéloz, RA 1998, p. 15 ; Rapport des D<sup>rs</sup> Sylviane Thiébaud et Jean Quéloz, RA 1995, pp. 11-13.

<sup>54</sup> Rapport du D<sup>r</sup> de Reynier, RA 1983, p. 6.

### Le Rapport annuel



De 1968 aux années 1990, de petits personnages accompagnent la lecture du *Rapport annuel de l'Hôpital de l'enfance*

Au cours des dernières décennies, le style de présentation du *Rapport annuel de l'Hôpital de l'enfance* a largement évolué. Depuis 1863, cette parution s'adresse à ses « amis », afin de l'informer de la marche générale de l'établissement, de remercier les donateurs et d'exposer la façon dont leur contribution est dépensée. Le président du comité expose les faits marquants, le nombre des malades, les projets, les constructions, l'état des finances de l'établissement. C'est également à cette occasion que sont remerciées les différentes personnes impliquées dans le quotidien de l'hospice : les diaconesses, les médecins consultants, les bénévoles du comité des dames, les pasteurs. À partir de 1866, la liste des dons en argent et en nature vient conclure le *Rapport annuel*, tandis qu'un rapport médical détaillé est rédigé par le médecin responsable de la maison dès 1869. Occasionnellement, des tableaux statistiques résument l'évolution de l'activité médicale et des finances et quelques lignes de la sœur-directrice rendent compte des « résultats moraux » de l'œuvre.

Suivant la création des services, de nouvelles rubriques sont introduites au cours du <sup>xx</sup>e siècle. Au début des années 1940, les médecins responsables du service de médecine, de l'annexe médico-pédagogique du Bercail, du service de chirurgie, de la consultation ORL et du cabinet radiologique produisent chacun un bref résumé de leur activité. Ces rapports médicaux sont aussi l'occasion de remercier pour les services rendus par des collègues d'autres institutions, ou d'indiquer les motifs d'une décision d'ordre médical. À propos du traitement de la poliomyélite, le Dr Louis Exchaquet explique par exemple, en 1941, que « les espoirs qu'avaient fait naître le traitement par le chlorate de potassium ont été déçus. Comme d'autres, nous avons appliqué systématiquement le traitement [...] comme d'autres, nous nous sommes convaincus de l'inefficacité absolue de cette méthode que nous avons complètement abandonnée<sup>1</sup> ».

Dès la fin des années 1960, quelques photos et dessins rendent plus fluide la lecture du *Rapport annuel*, tandis que le contexte économique et politique est souvent évoqué. Dès lors, l'audience s'élargit, le *Rapport annuel* s'adressant plus directement aux parents et à l'ensemble de la population susceptible de faire appel, un jour ou l'autre, aux compétences de l'établissement. Il inclut ainsi régulièrement des textes éducatifs et de prévention, signalant une évolution générale du rôle des établissements hospitaliers à la fin du siècle vers un ancrage plus marqué au sein de la cité. À l'occasion de l'entrée dans le <sup>xxi</sup>e siècle, la maquette est totalement revue. D'un format oblong, le nouveau *Rapport annuel*, richement illustré, intègre des présentations détaillées de certaines pathologies et problématiques touchant à la pratique pédiatrique, comme « le ventre, point sensible des enfants<sup>2</sup> ». Accompagnant toute l'existence de l'Hospice, puis de l'Hôpital de l'enfance, cette parution nous ouvre les portes de l'institution, donnant à voir ses acteurs, son atmosphère et le contexte au sein duquel elle se développe.

1 Rapport du Dr Louis Exchaquet, *RA* 1941, p. 7.

2 *RA* 2009, pp. 11-12.

la consultation d'audiologie, emménage dans l'ancien pavillon d'isolement de l'Hôpital de l'enfance. Deux salles insonorisées, une salle d'attente et sept bureaux destinés aux orthophonistes lui permettent de déployer ses activités dans des conditions « ô combien plus confortables<sup>55</sup> ». Les problématiques liées au langage et à l'audition nécessitant une approche pluridisciplinaire, ces deux structures développent en outre, au fil des années, un partenariat avec la division de pédopsychiatrie de l'Hôpital, le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'avec la clinique ORL du CHUV, qui prend en charge les plus jeunes patients, jusqu'à la fin de la scolarité infantine, l'Hôpital de l'enfance prenant ensuite le relais.

Parallèlement à la mise en place de ce centre pionnier, le service d'ORL a poursuivi son chemin, et collabore également avec le D<sup>r</sup> Louis Lude, orthopédiste consultant du service de chirurgie pour les cas de chirurgie cervico-faciale. En 1985, le D<sup>r</sup> Claude-Francis Goumaz, successeur du D<sup>r</sup> de Reynier à la tête du service ORL et du centre d'audiophonologie, introduit dans les rapports annuels quelques conseils de prévention destinés aux familles, leur rappelant que « les cacahuètes, noix, noisettes, amandes ont une tendance particulière et fâcheuse à être aspirées dans les bronches des petits enfants<sup>56</sup> ». En 1994, lorsque le centre créé par le D<sup>r</sup> de Reynier célèbre son vingt-cinquième anniversaire, sa direction est assurée par le D<sup>r</sup> Jacques Cherpillod, qui assume conjointement celle du centre d'audiophonologie du CHUV.

### Les spécialistes consultants: continuités et innovations

Au moment où l'Hôpital de l'enfance fait peau neuve, bon nombre de spécialités y sont représentées par des praticiens externes consultants. En 1972, le service de médecine bénéficie des compétences d'un cardiologue, d'un neurologue et d'un dermatologue. La dermatologie a fait son entrée il y a longtemps déjà à l'Hospice de l'enfance: dès 1915, et sur proposition du D<sup>r</sup> Henri Vulliet, une consultation avait été confiée au D<sup>r</sup> Narbel, auparavant chef de clinique de dermatologie à l'Hôpital cantonal. Bien qu'elle ne soit pas régulièrement mentionnée par les rapports annuels, cette consultation spécialisée paraît s'être maintenue régulièrement tout au long de l'histoire de l'établissement. Après une courte éclipse suite au départ du D<sup>r</sup> Jean-Maurice Paschoud, dermatologue consultant depuis les années 1970, la consultation rouvre en 1995, au sein de la policlinique et suite à la demande des pédiatres installés.

Presque aussi ancienne que la celle de dermatologie, la consultation médico-dentaire a également perduré de son ouverture en 1919 à nos jours. On a vu qu'à l'époque, le D<sup>r</sup> Santschi, tout comme ses pairs, exerçait à titre gracieux, avec l'aide de sa mère et de sa sœur. Dès le début des années 1970, deux médecins-dentistes consultants assurent les soins dentaires. En 1997, le collège des médecins relève dans son *Livre Blanc*:

Depuis plus de 15 ans, un service de soins dentaires sous narcose est assuré pour la région lausannoise. Tant l'augmentation du nombre de familles immigrées que la dégradation de la situation économique ont nettement fait progresser le nombre d'enfants présentant des atteintes

<sup>55</sup> Rapport du D<sup>r</sup> de Reynier, RA 1975, p. 14.

<sup>56</sup> Rapport du D<sup>r</sup> C.-F. Goumaz, RA 1984, p. 7.

graves de la dentition dont la prise en charge en cabinet dentaire est impossible<sup>57</sup>.

La nécessité de ces soins est confirmée aujourd'hui, avec le projet d'ouverture d'une unité de médecine dentaire au sein du service des urgences.

À partir de 1974, le Dr Pierre Grandguillaume ouvre une consultation pour le diabète et l'obésité, devenue vingt ans plus tard une unité de diabétologie et d'endocrinologie pédiatriques, sous la direction du Pr Gerald Theintz. L'essentiel de cette activité se déploie en ambulatoire. La minorité des cas très spécialisés, relevant par exemple de l'onco-hématologie, sont adressés au CHUV, qui de son côté adresse nombre de patients pour un suivi endocrinologique. L'unité de diabétologie ouverte en 1994 poursuit et développe le travail de la consultation, engageant notamment une importante action de prévention. Une collaboration s'établit par exemple avec les infirmières de santé publique à domicile. Les cursus de formation spécialisée pour l'équipe infirmière permettent de mettre en place un volet éducationnel, destiné aux patients souffrant de maladie chronique et à leurs familles<sup>58</sup>. Dernier projet en date, une consultation sur l'obésité doit venir compléter l'offre de l'unité d'endocrino-diabétologie au printemps 2011.

En octobre 1984, la D<sup>esse</sup> Françoise Cuendet Graf inaugure une consultation ambulatoire d'ophtalmologie à l'Hôpital de l'enfance. L'Hôpital ophtalmique lui adresse ses jeunes patients, tandis qu'à l'interne, cette consultation collabore notamment avec l'unité de diabétologie, les affections diabétiques pouvant engendrer une péjoration des

<sup>57</sup> Collège des médecins de l'Hôpital de l'enfance, *Livre Blanc*, 1997, p. 13.

<sup>58</sup> Dossier conférence de presse 1994 et RA.

facultés visuelles. La pédophtalmie, qui ne constitue pas une spécialité reconnue en Suisse à l'heure actuelle<sup>59</sup>, a néanmoins trouvé sa place à l'Hôpital de l'enfance, qui préconise de «développer l'enseignement de l'ophtalmologie au pédiatre généraliste<sup>60</sup>». Des 378 consultations menées lors de la première année de fonctionnement, on est passé à plus de 700 consultations en 1995. Le dépistage précoce des troubles ophtalmiques est l'un des points forts de cette consultation.

Cette détection précoce est primordiale pour le développement optimal de l'enfant. De surcroît, une prise en charge précoce permet de diminuer notablement la coût de la médecine.

En 2004, un ophtalmologue-pédiatre, le Dr Jacques Durig, reprend la responsabilité d'une consultation spécialisée présente depuis déjà deux décennies à l'Hôpital de l'enfance<sup>61</sup>.

Le développement de la recherche médicale en immunologie, joint à l'apparition ou à une meilleure connaissance de certaines pathologies, telles que les affections pulmonaires, incite l'hôpital à étendre son offre en ouvrant une consultation d'allergologie en 1986, confiée au Dr Michaël Reinhardt. De même que pour la consultation d'ophtalmologie, les enfants y sont adressés par les médecins de l'hôpital, du service ambulatoire ou par leur pédiatre privé. Les affections respiratoires constituant plus de la moitié des motifs de consultation ambulatoire, cette nouvelle offre se concentre particulièrement

<sup>59</sup> Entretien avec Mario Gehri.

<sup>60</sup> Collège des médecins de l'Hôpital de l'enfance, *Livre Blanc*, 1997, p. 38.

<sup>61</sup> Rapports de la D<sup>esse</sup> Françoise Cuendet Graf, RA 1985, p. 9 et RA 1998, p. 14; RA 1997, p. 14; RA 2004, p. 4.

sur les cas des pathologies chroniques ou récurrentes, telles que les diverses formes d'asthme. À la fin des années 1990, le Dr Reinhardt assure, conjointement à sa pratique à l'hôpital et dans son cabinet privé, une consultation de pneumologie au service pédiatrique du CHUV<sup>62</sup>.

### Physiothérapie

Si la physiothérapie n'apparaît que tardivement dans l'histoire de l'Hôpital de l'enfance, ce domaine des soins médicaux et paramédicaux est depuis longtemps entré par la « petite porte » de l'établissement. Le rapport annuel de 1874 mentionnait déjà la présence de « M. Lochmann, maître de gymnastique, bien connu par sa méthode particulière de massage<sup>63</sup> ». Le Dr Bergier se souvient aussi du kinésithérapeute aveugle « qui donnait bénévolement deux heures par semaine depuis la création du Bercaïl<sup>64</sup> ». Ces soins quittent le domaine du bénévolat en 1969, lorsqu'une rééducatrice de la psychomotricité rejoint l'équipe du Bercaïl. Enfin, la physiothérapie proprement dite fait son entrée officielle à l'Hôpital de l'enfance en 1972, avec l'ouverture d'un institut de physiothérapie qui fonctionne en collaboration étroite avec le service de chirurgie orthopédique.

Au cours de sa première année complète de fonctionnement, en 1973, 2'448 prestations physiatriques y sont prodiguées, par une professionnelle formée à l'École cantonale vaudoise de physiothérapeutes. Elle assure les massages physiothérapeutiques,

<sup>62</sup> RA 1997, p. 14.

<sup>63</sup> RA 1874, p. 9.

<sup>64</sup> Bergier 1988, p. 26.

l'électrothérapie, la gymnastique médicale et la mécanothérapie. La réhabilitation des lésions de l'appareil moteur est au premier rang, suivie de près par le traitement des affections pulmonaires. Dès 1975, au moment de son emménagement dans les nouveaux locaux du bloc médico-technique, une seconde collaboratrice est engagée, tandis que la balnéothérapie rejoint l'arsenal thérapeutique de l'institut. Cinq ans plus tard, plus de 6'000 prestations physiatriques sont réalisées et l'équipe compte un troisième membre, selon la répartition qui prévaut depuis le début de cette activité: une majorité de soins hospitaliers du côté de la médecine et une majorité de soins ambulatoires du côté de la chirurgie. À la fin du siècle, l'institut, devenu service, est confié à quatre collaborateurs et un physiothérapeute responsable<sup>65</sup>.



La salle de physiothérapie, années 1970

<sup>65</sup> RA 1973, p. 12; RA 1974, p. 12; RA 1980, p. 9; Hôpital de l'enfance de Lausanne. *Livre Blanc*, pp. 29-30.



La cuisine, années 1970

### De la cuisine à la diététique

Le rôle de l'alimentation dans le processus thérapeutique et dans la prévention nous ramène à la tradition millénaire de la médecine hippocratico-galénique. En pédiatrie, ce secteur est d'autant plus important que les enfants sont en période de croissance. On a vu que François Joël prescrivait, en 1868, un régime particulièrement riche pour combattre le rachitisme. Aussi l'alliance des

soignants et de la cuisine ne date-t-elle pas d'hier. Les livres de comptes des années 1920 témoignent régulièrement de l'achat d'un poulet, de légumes ou d'un poisson pour l'un des enfants de l'hospice.

À partir de 1977, les équipes soignantes ainsi que les trois cuisiniers et les sept casseroliers ou aides de cuisine de l'Hôpital de l'enfance collaborent avec une diététicienne, Yolande Chérica. Des rencontres, auxquelles se joignent parfois les responsables des enfants du Bercaïl et de l'Hôpital de jour,

sont régulièrement organisées entre le directeur, le chef de cuisine, la gouvernante et la diététicienne. Par ailleurs, cette dernière assure des consultations à caractère thérapeutique et préventif. L'objectif est de mettre en place une éducation nutritionnelle au niveau familial. Enfin, la participation rédactionnelle de Yolande Chérica aux rapports annuels nous fait pénétrer dans l'atmosphère laborieuse des services hôteliers de l'Hôpital de l'enfance et témoigne très concrètement de l'augmentation de l'activité de l'établissement. De 1984 à 1991, le total annuel de repas préparés, destinés tant aux patients qu'au personnel, passe de 77'417 à 91'119, tandis que la masse de linge annuellement lavé et repassé reste stable et atteint 80'000 kilos.

En 1996, la cuisine est confiée à une entreprise extérieure, mais le suivi mis en place se poursuit dans le cadre du service de nutrition, qui emploie une diététicienne responsable à plein temps, membre du Groupe européen de nutrition pédiatrique, et une collaboratrice à temps partiel. Les activités ont notamment été étendues à l'éducation et à la prise en charge des diabétiques hospitalisés et de leurs familles, tâche qui accompagne le travail mené par l'unité d'endocrino-diabétologie<sup>66</sup>. Dès le printemps 2011, une consultation sur l'obésité complètera l'offre de cette unité.

## NOUVEAUX ENJEUX DE LA PÉDIATRIE

On aura remarqué que la médecine interne, au sens de spécialité médicale englobante comme nous

l'entendons aujourd'hui, n'a pas été abordée au cours de la revue des différents services pédiatriques de l'Hôpital de l'enfance. Elle constitue pourtant le pilier commun, le socle historique à partir duquel s'est déployé l'ensemble des spécialités représentées à l'Hôpital de l'enfance, comme d'ailleurs dans la plupart des établissements hospitaliers contemporains, de soins généraux ou pédiatriques. Serait-ce, au rebours de l'expression usuelle, la forêt qui cache l'arbre? La tension qui, surtout depuis la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle, traverse toute l'histoire récente de la médecine, se décalque de façon frappante sur l'évolution de la pédiatrie générale. Deux logiques, qui émergent régulièrement dans les débats portant sur le contenu et la finalité de la formation professionnelle, sont à l'œuvre<sup>67</sup>: la dynamique scientifique, à laquelle la médecine occidentale s'est fermement rattachée à partir du xix<sup>e</sup> siècle, tout en y contribuant largement (il suffit d'évoquer le nom du médecin et physiologiste français Claude Bernard, promoteur au xix<sup>e</sup> siècle de la « médecine expérimentale » et figure de proue de l'épistémologie médicale), entraîne un accroissement exponentiel des savoirs, qui tendent à se coaguler autour de spécialités potentiellement autonomes. À cette logique de spécialisation s'oppose une autre logique, qui voudrait, conformément à une tradition millénaire, constituer la médecine en une science unifiée et non fragmentée. On pourrait ainsi décrire l'histoire de la médecine de ces deux derniers siècles comme un cheminement oscillant constamment entre « holisme » et spécialisations à outrance. La pédiatrie, au sein de ce champ, occupe une place singulière. Constituée en spécialité reconnue dans

<sup>66</sup> Collège des médecins de l'Hôpital de l'enfance, *Livre Blanc*, p. 28.

<sup>67</sup> Barras 1999.

les années 1960 par la FMH, elle se conçoit comme une discipline globale, tout en étant à son tour subdivisée en sous-spécialités : elle illustre à elle seule la tension fondatrice de la médecine contemporaine.

Ainsi, l'apparition de nouveaux courants, développés notamment aux USA à partir des années 1960, se veut une réponse au hiatus existant entre un enseignement focalisé sur les spécialités et les réalités de la pratique pédiatrique générale. L'évolution socioéconomique ayant engendré de nouvelles problématiques, les pédiatres à l'origine de ces mouvements prônent l'intégration d'éléments issus des sciences sociales et comportementales :

De même qu'auparavant, nous devons faire face au problème complexe de la prévention des maladies infectieuses, des désordres nutritionnels et des problèmes métaboliques, nous sommes mis au défi aujourd'hui de trouver des approches analogues pour la prévention et la gestion de problèmes aussi compliqués que peuvent l'être la négligence infantile, les abus, les troubles de croissance, les problèmes d'apprentissage ainsi que les maladies du développement. Nos chercheurs sont l'épidémiologiste, le biostatisticien, le sociologue<sup>68</sup>.

À la fin des années 1950, le courant de pédiatrie psycho-sociale *New Pediatrics* revendiquait déjà une logique de soins globale basée sur le double héritage de l'hygiène de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et des tendances en vogue dans les années 1920 et 1930,

axées sur la prévention et le développement de l'enfant. Formalisées au cours des années 1970, la pédiatrie comportementale ou la médecine des adolescents se construisent dans le sillage de cette évolution, qui se poursuit en parallèle à l'émergence de nouvelles spécialités pédiatriques<sup>69</sup>. La pédiatrie pratiquée à l'Hôpital de l'enfance, qui n'a cessé de tenir ferme à sa vocation généraliste, témoigne de l'irruption des problématiques psycho-sociales dans la pratique du service de médecine pédiatrique et des consultations en policlinique. En 1985, le rapport médical relève que « le nombre d'enfants présentant – à part leur problème somatique – une difficulté d'adaptation à leur milieu familio-social est en augmentation. Notre but est également de soutenir ces familles en difficulté et nous sommes heureux de pouvoir collaborer avec une Unité de pédopsychiatrie en voie de création à l'Hôpital de l'enfance<sup>70</sup> ». La forte croissance de la proportion de patients d'origine étrangère, qui représentait un tiers des consultations en 1974 et plus des deux tiers aujourd'hui, entraîne également l'irruption de nouvelles pathologies – notamment sur les plans infectieux et alimentaires<sup>71</sup> –, souvent en lien avec une problématique sociale – comme la clandestinité – et de modalités particulières de prise en charge – comme l'élargissement du suivi de l'enfant à sa famille<sup>72</sup> – dans le quotidien de la clinique. Le

.....  
<sup>68</sup> « Just as in previous years we faced the complex problems of preventing infectious diseases, nutritional disorders, and metabolic problems, today we are challenged to find analogous approaches to prevention and management with such complicated problems as child abuse and neglect, failure to thrive, learning problems, as well as developmental disabilities. Our research members are those of the epidemiologist, biostatistician, and the social scientist », Julius B. Richmond, « An Idea Whose Time Has Arrived », *The Pediatric Clinics of North America* 22, 1975, 522, cité dans Halpern 1988, p. 139.

.....  
<sup>69</sup> Halpern 1988, pp. 120 et ss.  
<sup>70</sup> Rapport du Pr Juillard et de la D<sup>resse</sup> de Crousaz, RA 1985, p. 6.  
<sup>71</sup> Rapport de la D<sup>resse</sup> de Crousaz, RA 1992, p. 5.  
<sup>72</sup> Voir au chapitre suivant, le projet « Migrants » instauré en 1998 à l'Hôpital de l'enfance et exemple de consultation en policlinique. Pour une analyse approfondie de cette question, voir Leanza, à paraître : cette étude socioanthropologique se base sur une enquête réalisée au sein de l'Hôpital de l'enfance de Lausanne.

traitement et la prévention de la maltraitance est un autre exemple des nouveaux enjeux de la pratique pédiatrique contemporaine. Le développement du travail en réseau, avec des services extérieurs à l'hôpital, et l'interdisciplinarité devenue indispensable pour un suivi médical cohérent des patients, caractérise l'évolution de la pratique pédiatrique des dernières décennies<sup>73</sup>.

D'autres facteurs concourent encore à transformer la pratique pédiatrique dans le dernier tiers du xx<sup>e</sup> siècle. Sur le plan des pathologies, les maladies infectieuses et les affections respiratoires ont depuis longtemps remplacé le rachitisme en tête de liste des maladies les plus fréquemment traitées par le service de médecine. Dans le cadre des consultations de migrants à la policlinique, on observe toutefois un retour de certaines pathologies qui avaient pratiquement disparu, comme les maladies liées à la malnutrition. Enfin, la baisse continue de la durée et du nombre des hospitalisations et la croissance massive du secteur ambulatoire impliquent l'adaptation des équipes soignantes à d'autres formes de prise en charge. En 1971, l'Hôpital de l'enfance dénombrait 6'415 consultations en policlinique. Vingt ans plus tard, il en compte 28'405, tandis que le séjour hospitalier moyen est passé de 9,51 à 5 jours<sup>74</sup>.

## PERSONNEL ET PROFESSIONS

Dans le dernier tiers du siècle, la masse globale du personnel de l'Hôpital de l'enfance a connu,

<sup>73</sup> Comme le relève par exemple Suzanne Suter à propos de l'Hôpital des enfants de Genève; voir Suter 2001, p. 74.

<sup>74</sup> RA 1972, p. 17; RA 1990, p. 4; RA 1992, p. 3.

comme partout, une expansion et une diversification importantes. Le cap symbolique de la centaine d'employés est franchi entre les années 1967 (93) et 1968 (107), coïncidant avec la création d'un fonds de prévoyance pour le personnel :

Alors que nous avons déjà mis sur pied au cours des dernières années une assurance maladie et une assurance accidents, ce dernier pilier de notre prévoyance sociale faisait encore défaut. Dès décembre 1968, cette lacune est supprimée et nos employés peuvent adhérer à une caisse de retraite qui leur assure une rente de vieillesse égale à 60% du salaire assuré après 35 années de service<sup>75</sup>.

Le premier médecin du personnel de l'Hôpital de l'enfance, le Dr Marc Delessert, est engagé dans la foulée de ces améliorations, qui s'établissent en parallèle du départ des diaconesses et de l'instauration du collège des médecins. L'échelle des salaires fait également l'objet d'une révision complète pour s'adapter, dès 1968, aux normes fixées par le GHRV.

Au cours de la décennie 1970, la modernisation des bâtiments et des services, conjuguée à l'évolution générale en matière de formation professionnelle, entraîne une augmentation d'une trentaine de postes et l'arrivée de nouveaux métiers à l'Hôpital de l'enfance. Cette époque est aussi celle de la professionnalisation des auxiliaires et du développement de la spécialisation des soins infirmiers. À l'Hôpital de l'enfance, entre 1969 et 1979, un pharmacien-biochimiste, un infirmier-anesthésiste, quatre infirmières en salle d'opération, deux assistants techniques en radiologie, une aide de laboratoire, un physiothérapeute, cinq logopédistes-psychologues et un responsable de la stérilisation viennent enrichir l'équipe médicale et

<sup>75</sup> Rapport de Jacques Matile, RA 1968, p. 5.

### Le prix d'un médecin

Le 4 décembre 1926, le comité de l'Hospice de l'enfance soulève la question des indemnités pour opération versées par l'assurance infantile. Dans les infirmeries de Montreux, Nyon ou Moudon, l'ensemble de l'indemnité est reversé aux chirurgiens, tandis qu'à l'Hôpital du Samaritain de Vevey, le chirurgien n'en perçoit que la moitié, le reste étant réparti à égalité entre l'assistant et l'infirmerie. Henri Vulliet défend avec vigueur le principe d'un travail désintéressé de la part des médecins et des chirurgiens. Il refuse le versement des 1,50 francs que l'hospice touche pour chaque journée, mais souligne que l'acte opératoire est un effort spécial devant être rétribué, par une partie ou la totalité des indemnités de l'assurance infantile. Suite à la convention conclue en 1952 entre l'État et l'Hospice de l'enfance au sujet des subsides, le président du comité, Henri Zwahlen, suggère « qu'il serait juste et normal de revoir la question des honoraires des médecins. Il les remercie pour leur travail désintéressé et pour leurs dons si fréquents et généreux ». Dès lors, le traitement des internes est calqué sur celui en vigueur dans les autres établissements cantonaux, tandis qu'une rémunération est accordée aux spécialistes consultants, tels que le Dr de Reynier, en ORL, dont le prédécesseur « ne recevait aucune rétribution ou gratification<sup>1</sup> ».

En 1969, la question des honoraires refait surface, à l'occasion de l'application du nouveau plan hospitalier. Il s'agit alors de constituer le fonds des honoraires médicaux, alimenté par le paiement des consultations — notamment des consultations en policlinique. Ce fonds sera « géré librement par les médecins eux-mêmes, à charge pour eux de régler le traitement des médecins assistants et de fixer la clé de répartition du soldé<sup>2</sup> ». Comme dans l'ensemble des hôpitaux affiliés au GHRV, les médecins exerçant à l'Hôpital de l'enfance sont régis par des contrats de mandant et sont payés à l'acte, les honoraires des consultations effectuées dans le cadre de leur mandat avec l'Hôpital de l'enfance venant s'ajouter, le cas échéant, à leurs honoraires de praticiens privés. Il n'y a donc pas de salaire fixe, mais une rémunération à l'acte, ainsi qu'une participation aux gains réalisés par la policlinique. Sur le principe général, ce fonctionnement restera en vigueur jusqu'à la mise en place d'un département unique de pédiatrie, en 2000. Dès lors, de nouveaux statuts sont progressivement introduits et les médecins deviennent employés du CHUV, ce qui entraîne une relative diminution de leurs revenus<sup>3</sup>.

1 Séance du comité du 27 octobre 1953, archives HEL.

2 Rapport de Jacques Matile, RA 1969, p. 6.

3 Entretiens avec Roger Pauli et Michel Renaud.

paramédicale. Par ailleurs, depuis 1977, la direction des services de médecine, de chirurgie et d'anesthésie est partagée entre deux médecins, « ce qui nous donne une plus grande sécurité pour assurer, en toute circonstance, les soins qu'exigent les enfants

qui nous sont confiés<sup>76</sup> ». Les effectifs du personnel administratif et hôtelier ont également augmenté, suivant la croissance de l'établissement.

76 Rapport de Jacques Matile, RA 1977, p. 4.

Faisant suite à la demande des syndicats, une commission du personnel est à l'étude dès 1980. Une fois ses statuts élaborés, en partenariat avec des représentants du personnel, cette nouvelle commission entre en fonction en 1983<sup>77</sup>. Par ailleurs, le statut des enseignants spécialisés fait l'objet d'un contrat collectif qui leur donne, dès 1980, « des avantages sociaux substantiels<sup>78</sup> ». Comme le note Jacques Matile, alors président du comité, le processus d'amélioration des conditions du personnel, qui s'accorde à l'évolution en cours dans l'ensemble du système hospitalier, « ne va pas sans contre-coup, notamment sur le plan financier ». De 1963 à 1980, le coût de la journée de malade est passé de 24,27 francs à 333 francs. La charge salariale est loin d'être seule en cause dans cette augmentation des coûts. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte, dont l'un des plus notables est sans doute la diminution de la durée moyenne des séjours, qui sur la même période a chuté de 18 à 6,5 jours.

## ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Depuis 1965, l'Hôpital de l'enfance a « le plaisir d'accueillir toutes les huit à neuf semaines quatre stagiaires de la "Source" qui effectuent dans notre hôpital leur stage de pédiatrie<sup>79</sup> ». Ces futures infirmières se forment aux côtés des infirmières déjà engagées et des dernières diaconesses présentes à l'Hôpital de l'enfance. Quant aux échanges avec la Faculté de médecine de Lausanne, ils se limitent longtemps à l'organisation d'un tournus commun

<sup>77</sup> RA 1980, p. 2; RA 1983, p. 2.

<sup>78</sup> RA 1980, p. 4.

<sup>79</sup> RA 1965, p. 2.

des internes. Il convient toutefois de ne pas oublier les relations plus informelles établies par les praticiens exerçant à l'Hôpital de l'enfance, et souvent engagés parallèlement dans l'enseignement pré- ou post-gradué: elles ont toute leur importance dans le processus d'insertion progressive de l'Hôpital de l'enfance au sein des institutions formatrices. C'est avec la mise en place du Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) en 2000, puis l'obtention du statut d'établissement universitaire par l'Hôpital de l'enfance en 2001, que ces activités de formation connaîtront un essor considérable. Le terrain était préparé depuis longtemps: ainsi, en 1972, l'organisation de cours de pédiatrie incluant la venue hebdomadaire de groupes d'étudiants au service de médecine ou, en 1974, la participation au « plan Rossi », du nom du responsable de la réforme des études médicales au plan fédéral, qui se traduit par une plus grande importance donnée à l'enseignement médical pratique: on verra dès lors chaque mercredi les étudiants venir se presser au lit des petits malades de Montétan.

Comme ce fut le cas dès sa création, l'activité réalisée au Bercaïl continue de susciter de nombreuses rencontres entre professionnels du domaine pédopsychiatrique. Au début des années 1980, lorsque des collaborateurs participent au congrès organisé par la Société européenne de pédopsychiatrie, tandis qu'un séminaire organisé au Bercaïl bénéficie de la présence d'un professeur américain, pionnier de la thérapie familiale<sup>80</sup>. C'est également au Bercaïl que naît un projet de recherche que l'Hôpital de l'enfance accepte de soutenir, en 1976, en utilisant les fonds issus de donations privées. Il

<sup>80</sup> Il s'agit du Pr Boszormenyi-Nagy, RA 1984, p. 8.

s'agit d'une étude longitudinale portant sur l'évolution d'anciens patients hospitalisés au Bercaïl. Les dons, « qui trouvent là une nouvelle et très heureuse justification », permettent d'assurer le financement de ce projet, que l'établissement ne peut inclure dans son budget ordinaire. Initiateur de ce travail, Jacques Bergier, qui est alors médecin responsable du Bercaïl, souligne en outre qu'une telle activité a l'avantage de « stimuler l'intérêt de tous les membres de l'équipe, qu'ils soient thérapeutes, éducateurs, enseignants ou travailleurs sociaux<sup>81</sup> ».

On retrouve aujourd'hui deux des caractéristiques évoquées ici dans la dynamique du groupe de recherche formé, en 2010, par l'équipe soignante de l'Hôpital de l'enfance, en vue de rassembler et de partager les activités de recherche menées par les uns et des autres. Une infirmière de recherche pilote ce groupe, qui se rencontre une à deux fois par mois afin d'élaborer les travaux en cours. Les études portent sur diverses problématiques liées à la pédiatrie générale, telles que la vaccinologie, les infections respiratoires ou les problèmes traumatologiques liés à l'obésité galopante. Une part non négligeable de ces rencontres est dédiée à la recherche de fonds, essentiellement privés, qui assurent le financement des projets. La recherche médicale demeure bel et bien un but premier des nouvelles formes de philanthropie dans la société contemporaine. D'autre part, conformément au constat déjà formulé trente ans auparavant, ce groupe de recherche interdisciplinaire témoigne également de l'émulation qui se produit lorsque les expériences des différentes professions soignantes sont confrontées. Ce faisant,

elle dessine un nouveau visage à ce fameux « esprit de famille » que les générations successives d'acteurs de l'Hôpital de l'enfance n'ont cessé de souligner comme le fil conducteur de toute l'histoire de l'Hôpital de l'enfance<sup>82</sup>.

## L'ENFANT HOSPITALISÉ : DE LA RUPTURE À LA PRÉSERVATION DES LIENS

Au xx<sup>e</sup> siècle et particulièrement dans sa seconde moitié, l'évolution socioculturelle générale, conjuguée aux nouvelles tendances sur les plans démographique et économique, ont modifié en profondeur le rôle et les modalités de l'hospitalisation infantile. La séparation de l'enfant indigent d'avec son milieu d'origine constituait une fonction importante, l'un des fondements idéologiques des soins à l'enfance du xix<sup>e</sup> siècle. À la fin du siècle suivant, un renversement de perspective a eu lieu : à rebours de la situation précédente, la logique de soins s'attache maintenant à préserver le lien familial, du moins à réduire au maximum la rupture que constitue inévitablement, pour l'enfant et pour son entourage, le moment de l'hospitalisation. La rupture paraît à première vue radicale. Or, bien que l'un des objectifs poursuivis par les fondateurs visait explicitement à pallier une lacune supposée de leur environnement familial, sur le plan de la morale chrétienne en particulier, peut-être s'agissait-il alors déjà d'atteindre, à travers l'hospitalisation de l'enfant, l'ensemble de la famille, comme l'évoquent en 1868 ces paroles de Samuel Rochat, président du comité :

• • • • •  
<sup>81</sup> RA 1976, p. 17. Deux articles du Dr Bergier résument cette étude : Bergier 1984 et 1985 ; voir aussi Bergier 1988, pp. 87-96.

• • • • •  
<sup>82</sup> Entretien avec Mario Gehri.



Visite des familles, années 1930

Combien de touchants exemples nous pourrions citer de l'heureuse influence qu'a eue pour ces enfants le séjour de notre maison. Combien de parents ont exprimé leur vive reconnaissance pour le bien moral qui avait été fait à leurs enfants. – Plusieurs de ces petits ont conservé un souvenir si doux de leur séjour dans l'établissement que le plus grand plaisir qu'on puisse leur accorder est de leur procurer de nouveau une journée passée à l'hospice de l'enfance<sup>83</sup>.

Vingt ans plus tard, Adolphe Combe, alors médecin responsable du dispensaire, souligne à son tour le rôle préservateur du lien familial qui incombe à l'institution, même si les vertus éducatives du séjour à l'hôpital, avec la séparation qu'il implique, demeurent centrales :

Le dispensaire s'occupe de tous les autres malades, tout en laissant subsister (chose précieuse) tous les liens et les obligations de la famille, tout en conservant à la mère

<sup>83</sup> RA 1868, p. 5.

un rôle important dans les soins à donner à son enfant malade. Il poursuit un but moral, en empêchant le relâchement des sentiments de la famille, qui fait [...] que les parents sont si souvent amenés à se désintéresser de leurs enfants, et que la sortie de ceux-ci, après un séjour d'une certaine durée à l'hôpital, au lieu d'être accueillie comme un rapprochement désiré, n'est subie que comme une charge inattendue et une nécessité injuste<sup>84</sup>.

Le public auquel s'adresse l'Hôpital de l'enfance à la fin du xx<sup>e</sup> siècle n'a certes plus du tout le même profil qu'à l'époque d'Aimé et Caroline Steinlen. Les deux guerres mondiales; l'accentuation du déplacement de la population vers les villes; le recul de la mortalité infantile et le développement des actions de prévention; les nouveaux visages de la famille devenue nucléaire; la diminution de la natalité partiellement compensée par les phénomènes de migration; les progrès de la discipline médicale et la diminution flagrante de la durée moyenne des séjours hospitaliers; l'atténuation de la dimension religieuse dans le domaine du soin, sont autant d'éléments essentiels du changement intervenu. Deux indicateurs sont particulièrement éloquentes pour mesurer cette évolution: la présence des familles au sein de l'hôpital et le rôle qui leur est dévolu.

En psychiatrie infantile, la collaboration entre soignants et parents dans le processus thérapeutique bénéficie d'une tradition déjà longue. Dès la création du Bercaïl, en 1938, ses responsables ont accordé une grande attention au maintien des relations entre les parents et l'enfant et à la douleur de la séparation:

Préoccupés par ce très important problème, sachant que celui-ci peut annihiler tous les efforts thérapeutiques, ils ont confié à une assistante sociale le soins d'établir un

.....

<sup>84</sup> Rapport du Dr Combe sur le service du dispensaire, RA 1888, p. 15.

lien entre l'enfant hospitalisé et sa famille [...]. Dans ce pays, c'est sans doute la première tentative d'une aide à la famille, parallèlement à la thérapie mise en place pour l'enfant<sup>85</sup>.

Dans la suite de cette logique, l'assistante familiale a acquis une formation complémentaire afin «de devenir, si ce n'est une thérapeute familiale reconnue, du moins une spécialiste de la relation humaine<sup>86</sup>», et ce bien avant le développement de la thérapie familiale, élaborée au cours des années 1970, en même temps que se met en place l'Hôpital de jour. Là aussi, la famille est au centre du suivi de l'enfant:

Dans tous les domaines, nous avons ainsi pris en considération le réseau familial et social dans lequel était pris l'enfant, plutôt que de le voir comme un individu souffrant, isolé. En ce qui concerne les familles, nous étions partis d'une conception de prise en charge bifocale, une équipe s'occupant de l'enfant et un thérapeute travaillant avec les parents. Cette approche ne tenant [sic] pas assez compte de l'intrication des liens familiaux et de l'intrication des difficultés de l'enfant avec celles de sa famille. Actuellement, de nombreuses rencontres formelles et informelles permettent aux familles d'être partie prenante dans le traitement de l'enfant<sup>87</sup>.

Dans le domaine des soins somatiques, par contre, l'intégration des parents au processus thérapeutique est plus tardive, mais une possibilité d'accueil des mères est mentionnée de temps à autres, comme en 1947. Les travaux de modernisation de l'Hôpital de l'enfance donnent lieu à l'aménagement de «trois belles chambres qui [...] dans certains cas spéciaux, permettent l'hospitalisation

.....

<sup>85</sup> Bergier 1988, p. 81.

<sup>86</sup> Bergier 1988, p. 82.

<sup>87</sup> Rapport de l'équipe de l'Hôpital de jour, RA 1980, p. 13.

d'un enfant avec sa mère<sup>88</sup> ». En 1984, constatant qu'un nombre croissant de mères exprime le souhait de passer une ou plusieurs nuits auprès de leur enfant hospitalisé, le comité décide de donner suite à cette requête, en fonction de la place disponible. Les possibilités de visite des parents sont également étendues, avec l'instauration d'un horaire matinal en sus de la plage de l'après-midi. L'année suivante, l'ouverture d'une nouvelle cafétéria, destinée au personnel, aux parents et aux amis, est décidée<sup>89</sup>. Ce renforcement de la présence parentale au sein de l'hôpital constitue, pour les équipes médicales, une nouvelle donne à intégrer dans l'exercice de leur pratique, mais les bénéfices constatés, du côté de l'enfant comme des parents, engagent l'Hôpital de l'enfance dans la poursuite de cette dynamique.

L'ouverture large du service de chirurgie aux parents et aux amis des patients alourdit encore la charge de travail du personnel, mais les conditions d'hospitalisation n'en souffrent pas trop. De très nombreux témoignages de parents et de patients hospitalisés le prouvent. De plus en plus nombreuses sont les mères qui désirent vivre l'hospitalisation de leur enfant. Cela peut parfois nous poser des problèmes, surtout en période de grande occupation du service de chirurgie. Cependant, après une période de rodage, nous arrivons à une bonne harmonie<sup>90</sup>.

Au fil des années, cette tendance ira se renforçant, suscitant de nouvelles adaptations structurelles. Le soin apporté à l'accueil du patient intègre toujours plus celui des familles, les parents devenant, dans cette nouvelle conception, « partenaires de soins<sup>91</sup> ».

<sup>88</sup> Rapport du D<sup>r</sup> Exchaquet sur le service médical, RA 1947, p. 10.

<sup>89</sup> RA 1985, pp. 3-4.

<sup>90</sup> D<sup>rs</sup> Mayor et Bonard, Rapport d'activité du Service de chirurgie, RA 1985, p. 5.

<sup>91</sup> Collège des médecins de l'Hôpital de l'enfance, *Livre Blanc*, 1997, p. 39.



Entre patients, soignants et familles, les clowns tissent des liens

Le groupe de travail constitué à l'occasion des transformations de la polyclinique en 1997, prend notamment en compte « l'amélioration de la prise en charge des enfants et de leur famille<sup>92</sup> ». Cette dynamique entraîne la mise en place d'un projet pilote, mené dès 1998 à l'Hôpital de l'enfance. En collaboration avec l'association Le P.A.S. (Préparation Accompagnement Soutien), ce programme prépare l'enfant, ses parents, frères et sœurs à l'hospitalisation ou à une simple consultation médicale. Inspiré par l'initiative *Child Life* élaborée vingt ans plus tôt aux États-Unis, ce travail d'accompagnement propose une écoute active, des techniques de relaxation, des jeux, une visite du service en famille ou encore l'approvisionnement par « essai » de certains appareils médicaux<sup>93</sup>.

À l'entrée dans le nouveau siècle, une ouverture permanente à la présence parentale est encouragée. À l'inverse de ce qui prévalait au XIX<sup>e</sup> siècle, tout concourt désormais à préserver au plus près les repères de l'enfant :

<sup>92</sup> RA 1998, p. 7.

<sup>93</sup> RA 1998, p. 16.



Les instruments de chirurgie

L'HEL considère les parents, dont la présence est d'autant plus importante que les enfants sont jeunes, comme partenaires des soins. Ils sont invités à continuer de s'occuper de leurs enfants (donner à manger, changer les langes, etc.) durant l'hospitalisation. Non pas pour décharger le personnel, mais pour que les habitudes de l'enfant se perpétuent durant son séjour. Ils ont également la possibilité de rester 24h sur 24h auprès de leur enfant<sup>94</sup>.



Un nounours pour se préparer à l'hospitalisation

Parallèlement, une offre de plus en plus étoffée est venue répondre aux besoins récréatifs des jeunes patients de l'hôpital. Les loisirs des enfants ont, dès l'origine, fait partie de la vie de l'établissement, surtout à une époque où les séjours pouvaient durer plusieurs mois. Ainsi les bienfaits du chant sont-ils soulignés dès 1869 :

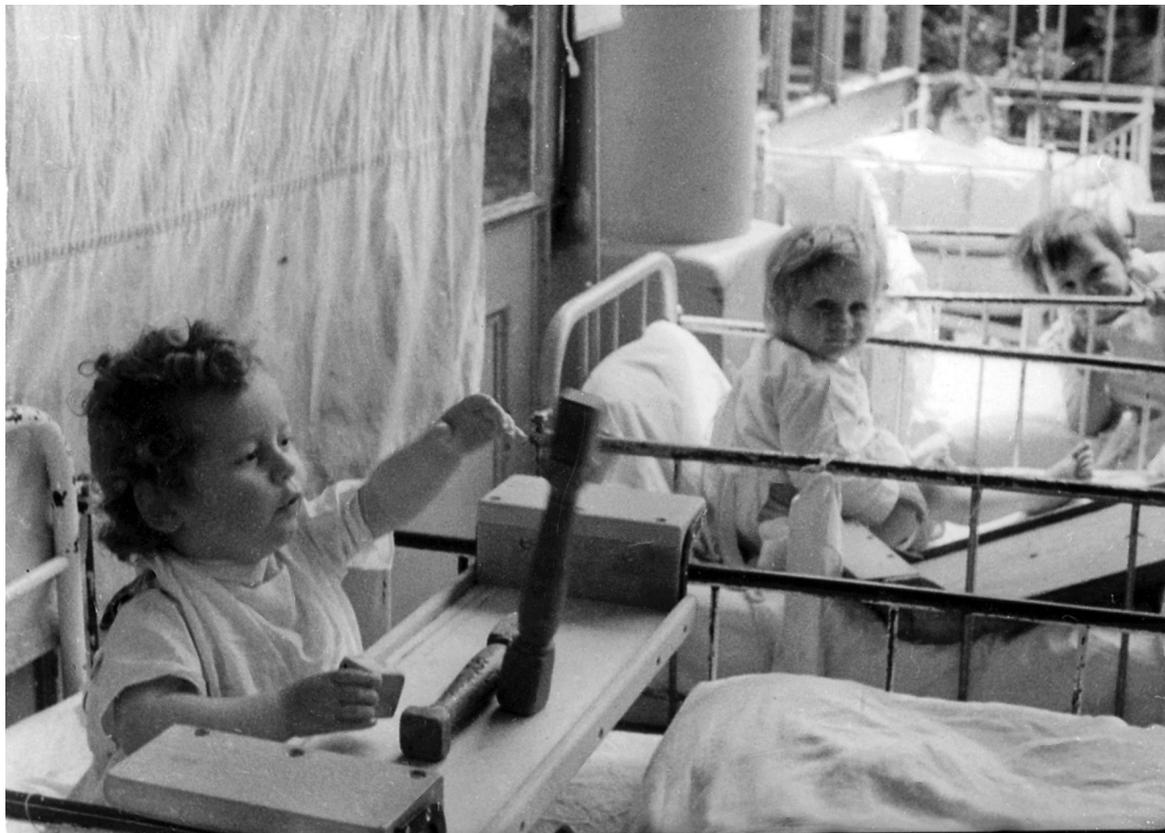
Le chant, qui ne semblerait guère trouver sa place dans un hôpital, a une grande influence sur nos petits malades, redonnant de l'entrain, de la joie aux uns, et calmant souvent le pauvre petit patient, tourmenté par l'inquiétude ou la fièvre<sup>95</sup>.

Les listes de dons du XIX<sup>e</sup> siècle témoignent également de la présence de jouets, jeux de société ou livres pour enfants. Enfin, d'autres événements, dus à la libéralité d'un particulier ou d'une entreprise, sont régulièrement venus ponctuer le quotidien des malades d'antan. Ainsi la projection de films proposée en 1937 par la maison Maggi, ou l'installation d'un piano, offert par la D<sup>resse</sup> Véra Vulliet lors de son départ en 1962.

Plus récemment, au cours des années 1990, diverses initiatives sont venues enrichir la palette des activités de loisirs et d'expression offerte aux enfants et aux adolescents hospitalisés. En 1992, les patients et le personnel soignant se sont joints à un artiste américain œuvrant pour la *Foundation for Hospital Art* pour réaliser de grands panneaux décoratifs. Dès 1994, le « D<sup>r</sup> Bobo » et les autres clowns professionnels de la Fondation Théodora viennent égayer le séjour des patients de l'Hôpital de l'enfance, comme ils le font déjà au service pédiatrique du CHUV. Au vu du succès de cette animation, un magicien rejoint bientôt la troupe des clowns. En partenariat avec plusieurs associations et fondations, le choix des activités proposées s'étend beaucoup au cours des années 2000. Signalons notamment le travail de la Fondation Planète Enfants Malades, qui promeut plusieurs projets d'accompagnement de l'enfant et de ses parents, dans un objectif de soutien et d'amélioration de la qualité de vie globale, prenant aussi en compte les besoins de l'enfant dans le domaine des loisirs. Devenues très complémentaires de l'approche strictement thérapeutique, l'ensemble de ces initiatives est financé par les donateurs et sponsors privés.

<sup>94</sup> RA 2000 p. 8.

<sup>95</sup> RA 1869, p. 8.



Jeux des années 1930...

## CONTINUITÉ ET RENOUVELLEMENTS DE LA TRADITION PHILANTHROPIQUE

Au cours de ces années de grandes mutations, la tradition philanthropique se maintient, tout en ayant progressivement changé de fonction. Ne suffisant plus à constituer le socle des ressources de l'établissement, elle permet toujours de pourvoir à des dépenses inattendues, que les fonds publics

ne couvrent pas, comme certaines activités de recherche. On l'a vu, cette philanthropie nouveau style contribue beaucoup à améliorer le confort des patients et, dans le domaine de la pédiatrie, à développer des activités à vocation récréative et éducative durant l'hospitalisation. En 1975, le Crédit Foncier Vaudois dote par exemple l'Hôpital de trois équipements vidéo complets. Onze ans auparavant, un donateur anonyme s'était soucié



... et d'aujourd'hui



Le magicien

des loisirs des soignants de l'hôpital, gratifiés d'un poste de télévision qui « fait la joie de notre personnel en agrémentant ses soirées<sup>96</sup> ». Il peut également arriver que les pouvoirs publics renvoient la direction de l'Hôpital de l'enfance à la philanthropie : le financement du premier appareil à ultrasons acquis en 1983 a ainsi primitivement été demandé à l'État, lequel refuse, mais suggère au comité et au directeur de s'adresser à la Loterie romande. C'est grâce à cette institution que cette technique d'imagerie non invasive vient enrichir l'équipement de l'Hôpital de l'enfance<sup>97</sup>.

Le visage des donateurs a évolué lui aussi. Les dons de personnes privées perdurent, mais les sociétés (petites et moyennes entreprises, banques, groupes commerciaux, compagnies d'assurance), les collectivités (communes) ou institutions d'utilité publique (écoles, partis politiques, Caritas, Pro Juventute) occupent une place toujours plus importante dans la liste des donateurs. Il est assez fréquent que certaines, déjà mises à contribution par obligation légale, offrent en sus une somme inattendue, comme l'Assurance infantile, qui donne 2'000 francs en 1972. Cependant, on trouve encore ici ou là mention d'un don, d'un legs, résonnant de façon presque anachronique tant il évoque une tradition très ancienne, que l'on croyait disparue : le nouvel institut de radiologie doit par exemple son installation au legs providentiel et très substantiel (un million de francs) d'une princesse décédée en 1974 et parente de l'ex-roi d'Italie Victor-Emmanuel<sup>98</sup>. Au début des années 1990, deux autres dons privés exceptionnels,

.....  
<sup>96</sup> RA 1964.

<sup>97</sup> Entretien avec Michel Renaud.

<sup>98</sup> 24 Heures, 3 octobre 1979.

respectivement d'un million de dollars et d'un million de francs suisses, permettent de mettre en place la Fondation Montétan, qui soutient financièrement la formation continue, la construction d'un parking souterrain ou les programmes de préparation des enfants à l'hospitalisation proposés par l'association le P.A.S.<sup>99</sup>

Du côté de l'aide en nature, si la charrette de l'institution ne se promène plus dans les marchés lausannois, des privés continuent d'offrir un peu de leur temps et de leurs compétences à l'Hôpital de l'enfance. En 1975, une petite équipe de bénévoles crée un service régulier d'aide aux devoirs scolaires pour les jeunes malades. Dix ans plus tard, ils sont 14 à se répartir un total de 800 heures de soutien scolaire. Le prêt de matériel constitue une autre ressource potentielle : une belle aventure de sorties à voiles sur le lac est organisée pour les enfants du centre psychothérapeutique, de 2003 à 2007, grâce à l'un des éducateurs de l'équipe qui met son bateau à disposition<sup>100</sup>. Plus tôt dans le siècle, d'autres générations de patients du Bercaïl avaient déjà pu élargir leur horizon grâce à un prêt : en 1947, une « amie du Bercaïl » met son véhicule à disposition pour des excursions en automobile, tandis qu'en 1952, M<sup>lle</sup> Salina, assistante de l'Office cantonal des mineurs, confie sa maison de campagne, à Vucherens, pour un camp de vacances<sup>101</sup>.

.....  
<sup>99</sup> Entretiens avec Roger Pauli et Michel Renaud.

<sup>100</sup> Cette expérience est relatée par son initiateur, Joël Mellina : Mellina 2006.

<sup>101</sup> RA 1947 ; RA 1952.

## MISSION, AUTONOMIE : DES NOTIONS EN COURS DE REDÉFINITION

Durant le dernier quart du xx<sup>e</sup> siècle, l'évolution du paysage hospitalier et les nouvelles orientations en matière de collaboration et de financement ont confronté l'Hôpital de l'enfance à une réflexion continue sur son rôle et les modalités de son activité. La forte pression politique et économique en faveur d'une rationalisation des coûts de la santé, à laquelle s'ajoute l'important effort financier lié à l'ouverture du CHUV, qu'il convient de rentabiliser, imposent une redéfinition des relations interinstitutionnelles. La diversité clinique présente à l'Hôpital de l'enfance constitue de son côté un enjeu important sur le plan de la formation du personnel médical et soignant. En conséquence, cette période est rythmée par d'intenses questionnements, au niveau interne ainsi qu'avec les pouvoirs publics, la Faculté de médecine et le CHUV. La question de l'autonomie, tant sur les plans de la gestion générale que de la politique médicale, constitue un chapitre sensible. À travers un examen de la mission de l'Hôpital de l'enfance, mené en plusieurs étapes, de nouveaux équilibres s'élaborent progressivement.

Le financement des grands travaux de la décennie 1970 a nécessité d'importants crédits, dont l'État s'est porté garant. Le projet de décret garantissant ces emprunts souligne, en 1973, deux volets essentiels que les études menées dans les années 1990 reprendront systématiquement, en adaptant leurs modalités aux enjeux du moment. Il s'agit du rôle de l'Hôpital de l'enfance en matière de formation professionnelle d'une part et en matière de prise en charge d'autre part. Marqué par la présence de nombreuses spécialités, tout en assumant une forte

identité d'établissement généraliste, l'établissement s'appuie notamment sur l'importance de sa policlinique :

Une nouvelle mission est apparue sous la pression de la demande et a conduit à un développement important de la policlinique. L'Hôpital de l'enfance joue un rôle toujours plus important dans le secteur des traitements ambulatoires. Pour lui permettre d'exercer cette activité, il importe que l'établissement puisse s'attacher les services de médecins spécialistes [...]. En sa qualité d'établissement spécialisé, l'Hôpital de l'enfance doit compléter la formation professionnelle d'assistants, d'étudiants en médecine, d'infirmières et de nurses, dans leur spécialisation pédiatrique. Pour assumer cette tâche didactique, l'hôpital doit être suffisamment grand [...]. La vocation et les équipements de l'Hôpital de l'enfance l'orientent vers une médecine hospitalière courante, tandis que l'Hôpital cantonal s'occupe de cas nécessitant un personnel et des équipements très spécialisés<sup>102</sup>.

Sur le plan de la gestion économique, la loi de 1978 sur le financement des établissements privés d'intérêt public a introduit le système des enveloppes budgétaires. Malgré la relative souplesse autorisée dans l'allocation des fonds, ce système est toutefois caractérisé par une dépendance croissante à l'égard des pouvoirs publics. Le contrôle accru qui va de pair avec l'attribution de cette aide cantonale érode sensiblement la liberté d'action à laquelle les institutions privées sont accoutumées. Son statut d'établissement sanitaire privé reconnu d'intérêt public place l'Hôpital de l'enfance à l'intersection des catégories du public et du privé. Si cette mixité n'est pas nouvelle, l'évolution récente du contexte politico-économique a passablement resserré le champ de son autonomie. En 1981, Michel

<sup>102</sup> *Exposé des motifs et projet de décret garantissant les emprunts destinés à l'agrandissement de l'Hôpital de l'enfance*, Lausanne, automne 1973, pp. 1 et 2, archives HEL.

Renaud, alors président du comité, relève le risque de démotivation qui pourrait en découler :

Si la Loi du 5 décembre 1978 sur le financement des établissements privés d'intérêt public apporte aux institutions comme la nôtre une plus grande aisance sur le plan de la trésorerie, il n'en reste pas moins que, par des complications administratives de plus en plus contraignantes, l'autonomie et la compétence de nos organes statutaires se rétrécissent année après année. Continuer dans cette voie serait malheureusement la cause d'un désintérêt croissant de nos comités, médecins, personnel au service d'une institution d'intérêt public. Nous atteignons maintenant un degré de dépendance qu'il deviendrait dangereux de dépasser à l'avenir. Puisse nos pouvoirs publics avoir la sagesse de cesser d'intervenir en toutes choses et pour toutes causes. L'enthousiasme et l'esprit d'initiative sont à ce prix<sup>103</sup>.

## ÉTAPES VERS UNE FORMULE ASSOCIATIVE

En 1986, le collège des médecins de l'Hôpital de l'enfance rédige un rapport, en vue « d'une éventuelle réorganisation de la pédiatrie lausannoise ». Passant en revue l'activité et l'organisation des différents services de l'Hôpital de l'enfance, ce rapport souligne que l'établissement « est le fruit d'une gestion financière et d'une organisation médicale fondamentalement différentes de celles du CHUV ». Il fait en outre le constat d'un manque de réciprocité dans la coopération médicale qui prévaut alors et « se limite à demander des examens et des soins ultra-spécialisés ». Le collège conclut en précisant qu'une meilleure collaboration est souhaitable, mais devra s'établir « en respectant les statuts actuels de

la Fondation de l'Hôpital de l'enfance et la situation des médecins qui y travaillent, à l'exclusion de toute subordination<sup>104</sup> ». Ce document témoigne des débats qui prévalent au cours des années 1980, les velléités de renforcement de la collaboration achopant à la question de l'autonomie de l'établissement. L'Hôpital de l'enfance, qui vient de célébrer ses 125 ans, fait valoir ses atouts de petit hôpital, « institution privée reconnue d'utilité publique, à la taille de l'homme<sup>105</sup> », son atmosphère et son statut, face au gigantisme de l'ensemble hospitalier du CHUV. De son côté, l'État vaudois, subissant également les contrecoups de l'importante crise que connaissent les finances fédérales au début de la décennie 1990<sup>106</sup>, cherche à rationaliser les dépenses, tout en exploitant la richesse clinique de l'établissement pour la formation de ses médecins.

Une enquête portant sur les ressources et les perspectives de la pédiatrie vaudoise est commandée par le Conseil d'État et réalisée en 1990 par une commission d'étude composée de quatorze membres, dont la D<sup>resse</sup> de Crousaz et Bernard Meyer, de l'Hôpital de l'enfance. Étant donné l'importance et la spécificité de l'établissement, qui « n'est pas assimilable aux différents services pédiatriques des hôpitaux du GHRV », il est de plus appelé à collaborer avec le service pédiatrique du CHUV. En ce sens, la commission enjoint les responsables médicaux et administratifs des deux établissements à définir clairement leurs objectifs ainsi qu'à établir un consensus sur les modalités

• • • • •

<sup>103</sup> Michel Renaud, Rapport du comité de l'Hôpital de l'Enfance pour l'année 1981, RA 1981, p. 4.

• • • • •  
<sup>104</sup> Étude concernant une éventuelle réorganisation de la pédiatrie lausannoise, 1987, 12 p., archives HEL.

<sup>105</sup> Michel Renaud, Rapport du comité de l'Hôpital de l'Enfance pour l'année 1984, RA 1984, p.3.

<sup>106</sup> Coutaz 2007, pp. 3 et ss.

de leur collaboration<sup>107</sup>. *L'Étude sur la pédiatrie vaudoise* recommande, au final, un accroissement de la coopération, notamment sur les plans de la pratique médicale et de la formation professionnelle. Partant, le conseil de la Faculté de médecine de Lausanne ratifie le « projet d'une intégration progressive du service de médecine de l'Hôpital de l'enfance, en lui accordant dans un premier temps le statut d'hôpital affilié au CHUV ». Cette étape ouvre une voie nouvelle, que formalisera la convention établie deux ans plus tard entre l'État de Vaud et la Fondation de l'Hôpital de l'enfance.

La convention de 1992 prévoit en effet un déploiement important de l'activité pédagogique au sein de l'Hôpital de l'enfance. La Faculté de médecine peut désormais bénéficier de la pratique pédiatrique générale de l'Hôpital de l'enfance pour la formation prégraduée, les examens de médecine et la formation des assistants, tout en y développant la recherche. En contrepartie, « elle donne au service de médecine de l'Hôpital de l'enfance un support universitaire », notamment facilité par la nomination du Pr Gerald Theinz, co-chef du service de pédiatrie de l'Hôpital de l'enfance, médecin-adjoint de la pédiatrie du CHUV et professeur associé à la Faculté de médecine. L'Hôpital de l'enfance et le service universitaire pédiatrique fonctionnent dès lors selon le mode de l'association. Sur le plan médical, cette collaboration doit favoriser le développement de l'éventail des sous-spécialités pédiatriques, dont celle du Pr Theinz, la diabéto-endocrinologie, l'Hôpital de l'enfance continuant par ailleurs à fonctionner comme pôle d'excellence pour la pédiatrie générale.

Les cas relevant de sous-spécialités nécessitant un plateau technique lourd restent du ressort du CHUV<sup>108</sup>, où le secteur pédiatrique est totalement réorganisé. En vue de « faire un hôpital pédiatrique à l'intérieur de l'hôpital général », des travaux de réaménagement sont entrepris en 1996 afin de réunir, au niveau 11 du CHUV, la pédiatrie et la chirurgie pédiatrique, les deux unités de base du Département universitaire de pédiatrie, alors dirigé par le Pr André Calame. Une collaboration étroite avec la pédopsychiatrie de liaison, dirigée par le Pr Ansermet, et la création d'une unité d'hospitalisation psychiatrique aiguë pour adolescents viennent compléter cette nouvelle chaîne de soins<sup>109</sup>.

## NOUVEAUX ACTEURS

La mise en place des accords de la convention de 1992 coïncide avec le départ à la retraite du directeur administratif, Bernard Meyer, qui a accompagné le développement de l'Hôpital de l'enfance vingt-sept ans durant. Engagé à une époque de profonde restructuration de l'établissement, dont il supervise dix années de travaux, il a beaucoup œuvré pour l'amélioration de la prévoyance professionnelle, à l'hôpital comme au sein de plusieurs organismes tels que le GHRV, l'AVOP et l'Association vaudoise des travailleurs de l'éducation spécialisée (AVTES). Il a en outre été partie prenante dans la reconnaissance par les caisses d'assurance et les pouvoirs

<sup>107</sup> *Étude sur la pédiatrie vaudoise. Compte rendu du rapport de la commission d'étude*, Lausanne, 1990, pp. 141 et 157.

<sup>108</sup> *Résumé de la convention du 12 février 1992 entre l'État de Vaud et la Fondation de l'Hôpital de l'enfance dans le domaine de la pédiatrie*, novembre 1993, 4 p., archives HEL.

<sup>109</sup> «Le Département de pédiatrie se regroupe au BH 11», *Le bloc-notes des Hospices*, juin 1996, archives HEL.

publics, de l'intérêt à promouvoir une politique d'hospitalisations de courte durée. Premier titulaire de la fonction de directeur administratif de l'Hôpital de l'enfance, il quitte une institution dont le nombre des collaborateurs est passé de 100 à 280, et dont le budget global s'élève, en 1993, à 25 millions de francs, contre 2 millions en 1966<sup>110</sup>. Roger Pauli, qui a fait partie du comité exécutif de l'Hôpital de zone Saint-Loup-Orbe en parallèle à son activité professionnelle dans la gestion industrielle, prend la succession de Bernard Meyer en 1993.

Deux ans plus tôt, le comité de l'Hôpital de l'enfance a de son côté vu le départ de Pierre Paschoud qui depuis trente-cinq ans était sa « conscience financière en matière de gestion<sup>111</sup> », ainsi que de Michel Renaud, son président depuis dix ans. Avocat comme son prédécesseur Jacques Matile, et libéral comme l'ont été jusqu'alors l'ensemble des présidents du comité de l'Hôpital de l'enfance, Michel Renaud transmet le témoin à un chef d'entreprise, Jacques Perrin, également député radical au Grand Conseil et membre de la Commission de gestion du Département de la santé publique.

Les rapports annuels illustrent le changement de ton qui s'ensuit, avec l'introduction d'un langage issu de la gestion d'entreprise. Le rapport du comité, jusque-là non titré, est désormais placé sous le signe d'un intitulé évocateur: « Des bases solides pour l'avenir » en 1991; « Les temps changent » en 1993, ou « Un projet d'entreprise pour l'Hôpital » en 1995. Oui, les temps continuent de changer, et la décennie qui s'ouvre sera rythmée par les aménagements et la

réorganisation de plusieurs secteurs des soins, dont les plus importants ont été évoqués dans le chapitre consacré aux services de l'Hôpital de l'enfance. Le contexte global reste dominé par un impératif de réduction des coûts, comme en témoigne le plan d'économies *Équation 33* mis en place par le GHRV. Au cours de cette période de forte intensification des relations sur le plan médical, les deux institutions demeurent distinctes l'une de l'autre sur le plan administratif, mais l'amélioration des modalités de collaboration reste au premier plan de la réflexion engagée.

• • • • •  
<sup>110</sup> RA 1991, p. 3, et « Remerciements à M. Bernard Meyer », RA 1993, p. 5.

<sup>111</sup> RA 1991, p. 2.

## .IV.

# 1992–2011 : L'HÔPITAL DE L'ENFANCE DE LAUSANNE ET LA PÉDIATRIE VAUDOISE

Les changements sont sensibles non seulement à l'intérieur, mais également à l'extérieur, par rapport au Groupement des hôpitaux régionaux vaudois, au Service des hospices cantonaux et à la collaboration Vaud-Genève. C'est donc pour être prêt à faire face à ces profondes mutations que l'HEL s'est attelé à la tâche de préparer un projet d'entreprise. L'Hôpital de l'enfance a un rôle important à jouer dans la pédiatrie lausannoise et par rapport à celle de Genève<sup>1</sup>.

Au milieu des années 1990, les perspectives de développement de l'Hôpital de l'enfance s'inscrivent à la fois dans la poursuite de la politique de collaboration engagée avec le service pédiatrique du CHUV, formalisée par la convention de 1992, et le projet de regroupement des centres hospitaliers universitaires de Lausanne et de Genève au sein du Réseau hospitalier universitaire de Suisse occidentale (RHUSO). C'est au sein de cette dynamique qu'il importe, pour l'Hôpital de l'enfance de Lausanne, d'«oser vendre son efficacité», comme le titre l'éditorial du rapport annuel de 1996. Aux niveaux politique, gestionnaire et médical, une nouvelle étape de réflexion est en cours.

Quatre années plus tard, en 2000, le Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) est créé. Organe faitier de la pédiatrie, il rassemble en une organisation unique la pratique

pédiatrique de l'Hôpital de l'enfance et du CHUV. À la fois attendue et redoutée, cette mutation implique de profondes restructurations. Retracer, alors que les passions ne sont pas encore toutes retombées, quelques étapes de ce cheminement et de ses effets, peut servir aujourd'hui à mesurer tant le chemin accompli que la façon dont certains enjeux éminemment actuels se rattachent également à une histoire plus longue, dont l'Hôpital de l'enfance a déjà traversé de nombreuses saisons.

### EN TOILE DE FOND : MUTATIONS DE LA POLITIQUE SANITAIRE CANTONALE

Depuis 1991, dans le cadre d'une réorganisation des instances sanitaires cantonales, un nouveau service a été instauré, le Service des hospices cantonaux, chargé de guider les décisions politiques en matière de planification sanitaire. D'abord rattaché au Département de l'intérieur et de la Santé Publique, il sera transféré au Département de la santé et de l'action sociale, tout comme le Service de la santé publique (SSP), lors du remaniement de l'administration vaudoise en 1998. En collaboration avec le GHRV, le SSP met en place plusieurs réseaux hospitaliers, ce qui permet d'assurer l'existence des établissements, selon les vœux du GHRV, tout en en

.....

<sup>1</sup> RA 1996, p. 1.

diminuant les coûts de fonctionnement, selon l'exigence des pouvoirs publics. Vingt-trois établissements du canton sont concernés par cette nouvelle répartition des tâches, qui engendre une réduction d'environ 800 lits de 1990 à 1997. L'Hôpital de zone de Rolle, par exemple, fonctionne désormais en tandem avec celui de Nyon. Rattaché au Service des hospices cantonaux, l'Hôpital de l'enfance accroît sa collaboration avec les Hôpitaux ophtalmique et orthopédique<sup>2</sup>.

L'accroissement de la pression économique intensifie la recherche de nouvelles solutions, à un moment où, au vu des déficits record qu'enregistrent alors le Canton de Vaud et la Confédération, l'État ne se porte plus garant du déficit des établissements hospitaliers comme il le faisait dans la décennie 1980<sup>3</sup>. Les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire (NOPS), liées à l'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie de 1994, accentuent la poursuite d'une politique de réseau entre les différents établissements et fournisseurs de soins, tels que les services de soins à domicile. Le projet de collaboration hospitalo-universitaire entre Lausanne et Genève (RHUSO) – finalement rejeté par le peuple genevois lors du référendum de 1998 – est un exemple de la volonté politique qui domine les années 1990, visant à rationaliser le domaine de la santé, dans un contexte de raréfaction des ressources publiques et selon une logique de compression des coûts et d'ouverture du « marché » sanitaire. L'échec de ce projet en signale aussi les limites, dans la mesure où la santé n'est pas entièrement réductible, dans l'esprit de la population,

à une simple équation économique. Bien d'autres dimensions humaines sont en jeu : l'ancrage local, le sentiment de proximité, le réconfort que peut apporter une équipe soignante familière, la fierté d'une communauté à être dotée d'un établissement performant et à taille humaine, toutes qualités que l'Hôpital de l'enfance a su cultiver le long de son histoire.

## LA COLLABORATION EN CHANTIER : LE LIVRE BLANC

En 1994, la presse se fait écho d'un «début de polémique» au sujet d'un «éventuel transfert de l'Hôpital de l'Enfance en direction du CHUV». Diverses options de collaboration entre les deux établissements sont en effet à l'ordre du jour, dont un regroupement de toute la pédiatrie au 11<sup>e</sup> étage du CHUV<sup>4</sup>. Cette idée, si elle suscite les rumeurs, fait long feu. Par contre, le projet d'un regroupement, sur un site unique, des activités du service pédiatrique du CHUV et de l'Hôpital de l'enfance, est à l'étude dès la seconde moitié des années 1990.

En juin 1995, l'Hôpital de l'enfance révisé ses statuts et acquiert une nouvelle raison sociale : l'«Hôpital de l'enfance de Lausanne» (HEL)<sup>5</sup>. Du côté de la répartition des pouvoirs à l'interne, la participation des médecins en exercice au conseil de fondation est supprimée : un délégué du collège assiste toujours aux séances mais, de même que pour le directeur, il n'a plus le droit de vote<sup>6</sup>. Le conseil de fondation, organe suprême de l'HEL,

• • • • •

<sup>2</sup> Coutaz 2007, pp. 57 et ss.

<sup>3</sup> Coutaz 2008, p. 4; entretien avec Jacques Perrin.

<sup>4</sup> *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 16 mars 1994.

<sup>5</sup> RA 1995.

<sup>6</sup> Entretiens avec Jacques Perrin et Roger Pauli.

se compose de 7 à 11 membres, extérieurs à l'institution, dont le mandat est désormais limité à seize ans d'activité ou à 70 ans d'âge. Un comité de gestion nouvellement créé réunit tous les mois les trois membres du bureau du conseil, une délégation du collège des médecins et le directeur général, assurant la marche de l'établissement et la liaison entre la direction et le conseil.

En vue d'élaborer une réflexion commune sur l'avenir de l'établissement, le conseil de fondation de l'Hôpital de l'enfance ouvre le débat et propose au collège des médecins de réaliser une étude portant sur la situation actuelle et les potentialités futures. En 1997, celui-ci dépose son *Livre Blanc*, qui procède à un état des lieux de l'activité et des objectifs du personnel soignant, sur les plans de la mission, de l'activité clinique, de l'organisation structurelle, de la formation et de la recherche. Dans sa conclusion, ce document souligne à la fois la nécessité et les avantages d'un renforcement de la collaboration avec le CHUV, tout en rappelant la légitimité et l'intérêt du maintien de l'activité pédiatrique générale à l'Hôpital de l'enfance.

Le collège des médecins souhaite maintenir l'acquis, soit une pédiatrie de qualité, efficace, pragmatique et respectueuse du patient et de sa famille. Jusqu'à présent :

- des petites équipes ont fourni un nombre élevé de prestations;
- cette performance a été possible par le fait que les médecins-chefs s'engagent pleinement dans les tâches cliniques, en bénéficiant d'une large autonomie, dans une structure horizontale propice à l'initiative personnelle;
- l'enseignement est principalement réalisé dans le cadre de relations cliniques directes avec les stagiaires et les médecins-assistants. Les activités académiques ont été limitées [...].

Si les projets s'inscrivent dans une démarche médicale pragmatique de développement, au sens d'un projet d'entreprise, il convient d'analyser l'hypothèse de « faire plus avec moins » [...]. Le développement d[u] service [de médecine] est conçu dans la perspective du processus d'association avec le service de pédiatrie du CHUV. C'est un point fort de la pédiatrie générale pour la région. La pratique de domaines importants pour la formation du pédiatre généraliste (ORL, pneumo-allergologie, croissance, ophtalmologie, pédopsychiatrie, maltraitance, etc.) représente l'élément cardinal de la formation de terrain du pédiatre en pratique privée.

Passant en revue les projets retenus pour le développement des différents services de l'hôpital, le collège suggère notamment une intensification des relations entre les deux établissements, sur les plans de la clinique et de formation, entre les services de chirurgie, d'anesthésiologie (avec la création d'une garde médicale spécialisée commune), d'orthopédie, de radiologie (avec utilisation accrue de l'informatique en vue d'une transmission optimale d'un site à l'autre), ainsi que des soins infirmiers. Au final, le *Livre Blanc* prône l'accentuation d'une logique de soins commune avec distribution des patients en fonction de la complexité des cas et de l'équipement, ainsi qu'un fort développement de la mission pédagogique de l'Hôpital de l'enfance. Enfin, et tout en soulignant l'intérêt du maintien d'une certaine latitude d'action pour les chefs de service, le collège envisage la perspective d'un site unique pour la pédiatrie lausannoise en tant qu'horizon futur.

Les conditions du développement: En attendant la création à long terme d'un hôpital d'enfants regroupant les activités du service de pédiatrie du CHUV et de l'HEL :

- faire reconnaître le rôle formateur de l'HEL au sein de la Faculté de médecine afin d'optimiser la formation pré- et post-graduée en pédiatrie ambulatoire;

- maintenir une répartition judicieuse des activités entre l'HEL et le CHUV [...];
- favoriser également les synergies entre ces activités chaque fois que cela est possible en défendant en priorité l'intérêt du patient et en évitant les clivages réducteurs «généraliste-spécialiste» ou «pratique libérale-pratique hospitalière» [...];
- laisser aux chefs de service un degré d'autonomie adéquat (en particulier budgétaire) afin qu'ils puissent continuer à entreprendre<sup>7</sup>.

C'est également en 1997 que l'Hôpital de l'enfance décide de quitter le Groupement des hôpitaux régionaux vaudois, dans une perspective de rapprochement des Hospices cantonaux d'adhérer au projet de réseau hospitalier RHUSO, perspective balayée par le rejet genevois. Dès lors, la création d'un service de pédiatrie unique est prévue pour 1999. Dans ce modèle, la pédiatrie et la chirurgie générales sont dévolues à l'Hôpital de l'enfance, tandis que le CHUV assure la prise en charge de la pédiatrie et de la chirurgie spécialisées. Par ailleurs, un mode de direction partagée est instauré, la responsabilité médicale revenant aux mêmes chefs de service pour les deux sites.

## LES BÂTIMENTS EN CHANTIER : NOUVELLES RÉALISATIONS

S'il est fortement engagé dans les débats sur les modalités et l'extension de ses réseaux de collaboration, l'Hôpital de l'enfance n'oublie pas de mettre à jour ses installations et entame une nouvelle phase de modernisation, avec plusieurs chantiers en cours.

• • • • •

<sup>7</sup> Collège des médecins de l'Hôpital de l'enfance, *Livre Blanc*, 1997, p. 42.

En 1997, l'aile médico-technique est transformée en chambres d'hospitalisation, tandis qu'une unité de 15 lits est créée au deuxième étage pour l'accueil des patients ne nécessitant qu'un jour d'hospitalisation. Basé sur l'expérience du Kinderspital de St-Gall, l'Unité de jour reçoit majoritairement des cas chirurgicaux simples. Sa réalisation répond à la réduction massive des durées de séjour, une tendance observée dans l'ensemble du système hospitalier.

En 1995, l'Hôpital de l'enfance a été le premier établissement affilié au GHRV à constater, pour la première fois, que les hospitalisations d'un jour constituaient désormais la majorité des cas d'hospitalisations. En 1997, les 70% des patients opérés dans l'établissement rejoignent en effet leur domicile le jour même<sup>8</sup>. Le hall d'entrée, la réception et la salle d'attente de la policlinique font également l'objet d'une complète rénovation. En 1999, le Bercaïl et le Centre de jour doivent s'exiler à Crissier le temps de construire le futur Centre psychothérapeutique (CPT). Plus de deux ans de travaux seront nécessaires pour que ce projet soit réalisé. Le Pavillon Nord, qui avait abrité l'ancien pavillon d'isolement, est lui aussi remanié de fond en comble, tandis qu'un parking souterrain vient compléter l'installation en 2000.

## MISE SUR PIED DE L'ENSEMBLE PÉDIATRIQUE

Suite à l'affiliation aux Hospices cantonaux, une commission paritaire de pédiatrie et de chirurgie, composée de représentants de l'ensemble des

• • • • •

<sup>8</sup> RA 1997, p. 2.

institutions concernées, produit en 1998 un rapport permettant d'établir les principes du contrat de collaboration et de la répartition des activités de clinique, d'enseignement et de recherche pédiatriques entre le CHUV et l'Hôpital de l'enfance. Le projet, approuvé par le Service de la santé publique, peut dès lors aller de l'avant. Rejoignant les conclusions du *Livre Blanc*, la médecine et la chirurgie pédiatrique générales sont dévolues à l'Hôpital de

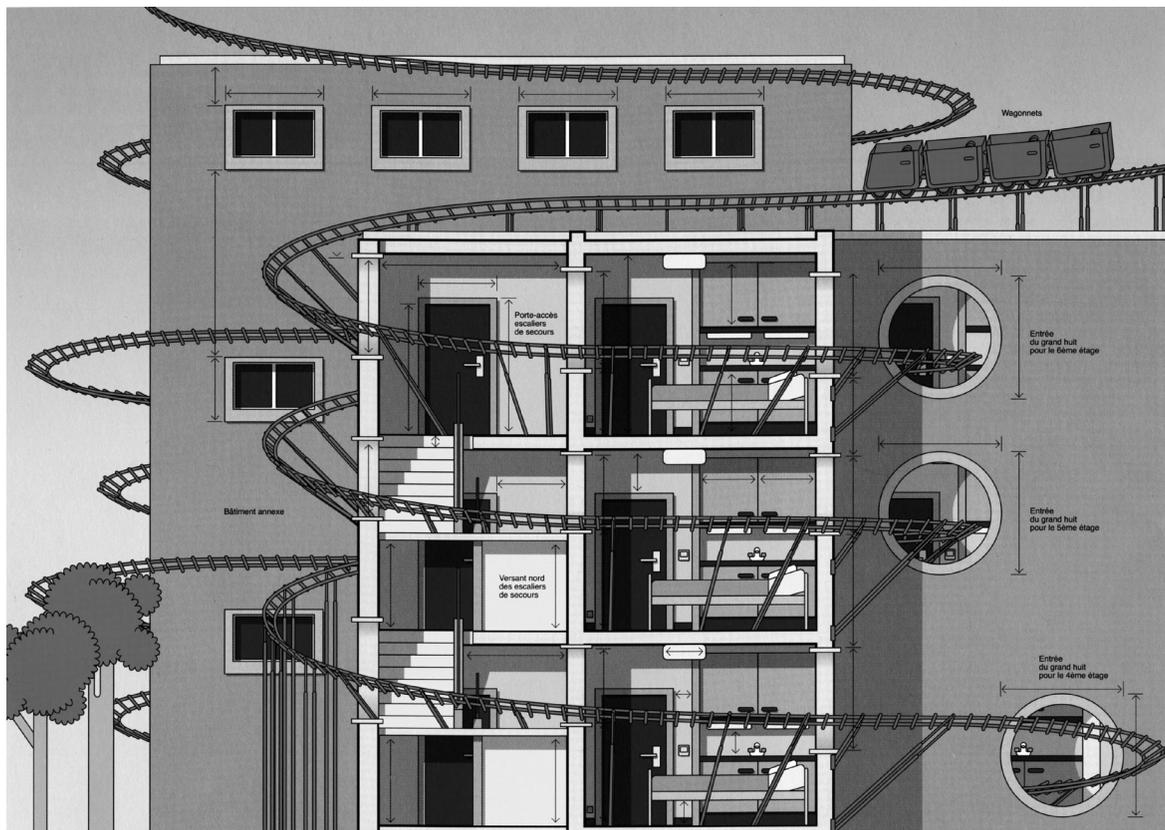
l'enfance, tandis que les soins nécessitant un plateau technique lourd et les sous-spécialités seront traités au CHUV. Cette réorganisation implique par contre la disparition du système de gouvernance médicale qui a prévalu à l'Hôpital de l'enfance au cours des trente dernières années. En 1999, le Collège des médecins est dissout et un poste de directeur médical est mis au concours pour superviser la globalité des activités du nouvel ensemble.

Ce processus aboutit, en 2000, à la création du Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP), dont le Pr Sergio Fanconi est nommé médecin-chef responsable. À partir de 2002, les médecins, puis l'ensemble du personnel infirmier et médico-technique est désormais employé par l'État, l'Hôpital de l'enfance ne gérant plus que le personnel administratif et hôtelier. Il s'agit là d'une étape importante pour les équipes soignantes de l'Hôpital de l'enfance. Cette réorganisation administrative comporte aussi un changement important sur le plan symbolique: l'activité des soignants, ce qui constitue le cœur même de l'existence d'une institution hospitalière, est désormais reliée de façon indissociable à l'ensemble des professions qui, dans la région lausannoise, partagent le même souci: la santé des enfants.

Le DMCP concerne les soins somatiques, la pédopsychiatrie relevant toujours du département de psychiatrie. Ainsi la gestion du CPT et du personnel éducatif continue-t-elle d'être rattachée à la Fondation de l'Hôpital de l'enfance, tout comme l'exploitation de la maintenance et de la logistique. Depuis 2009, Pierre-André Duc a succédé à Roger Pauli en tant que directeur de la Fondation de l'Hôpital de l'enfance. Une part de son mandat est dévolue à la direction institutionnelle du CPT,



Nouvelle période de travaux, 1999



Le site unique vu par les enfants : projet de montagnes russes desservant les chambres de l'hôpital, selon Jonas Amacher – 8 ans, *Rapport annuel*, 2008

en collaboration avec les responsables des secteurs médical et pédagogique<sup>9</sup>.

La Fondation conserve par ailleurs la propriété des bâtiments. Significativement, les éditoriaux sont cosignés par le président de la Fondation HEL

• • • • •

<sup>9</sup> Entretiens avec Sergio Fanconi et Pierre-André Duc; RA 2008, p. 18; RA 2009, p. 18.

et par le directeur général du CHUV dès le rapport annuel de 2002. Le projet de réalisation d'un site unique de pédiatrie lausannoise est alors en plein essor, comme en témoigne le titre de cet éditorial : « 2010 c'est déjà demain ».

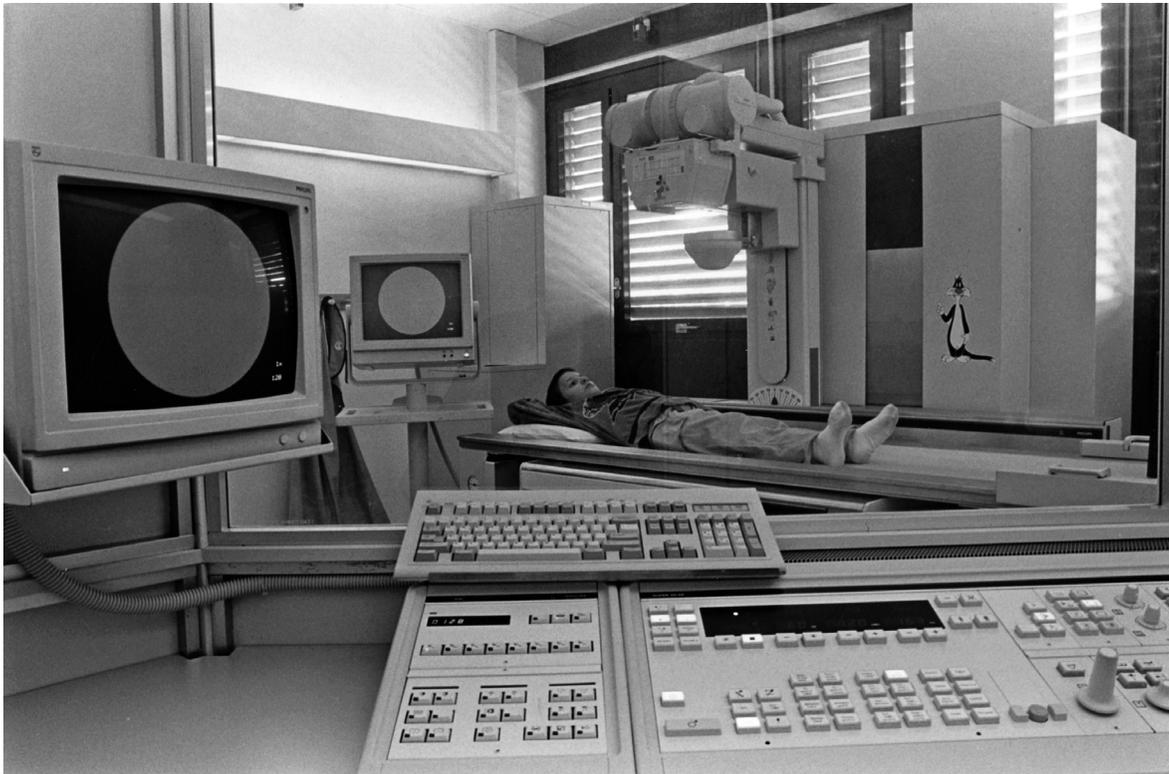
Ce projet, piloté par les responsables du DMCP et de la Fondation de l'Hôpital de l'enfance, est primitivement baptisé « Pédiatrie 2010 ». Il prévoit la

construction d'un nouveau centre hospitalier universitaire, où seraient regroupées l'ensemble des installations et des équipes de pédiatrie somatique des deux sites. L'élimination des trajets effectués par les soignants, ainsi que par les patients devant être transférés d'un établissement à l'autre, en est l'un des arguments forts. Poursuivant une logique de rationalisation des coûts, il vise également à améliorer la prise en charge des patients tout en libérant de la place au CHUV. Philippe-Édouard Journot,

président du Conseil de Fondation de l'Hôpital de l'enfance de 2003 à 2009, témoigne de l'intense activité consacrée à la conception de ce projet, qui suscite moult réunions, analyses et conférences<sup>10</sup>. Actuellement, il reste en cours d'élaboration, avec une perspective de réalisation pour 2020. Si l'on en croit la conclusion du rapport annuel de 2009, ce projet constitue donc une « affaire à suivre<sup>11</sup> ».

<sup>10</sup> Entretien avec Philippe-Édouard Journot.

<sup>11</sup> Entretiens avec Roger Pauli et Jacques Perrin; RA 2002; RA 2008, pp. 5-7; RA 2009, p. 7.



Technologie médicale: la radiologie en 1996

Aujourd'hui, les équipes soignantes du DMCP représentent environ 700 collaborateurs, dont plus de 70 médecins-cadres et chefs de clinique des spécialités pratiquées au CHUV et à l'Hôpital de l'enfance. La structure du DMCP, complexe, s'organise à partir de trois services : pédiatrie, chirurgie et néonatalogie, dont dépendent les différentes spécialités et unités. Les deux premiers services sont présents à l'Hôpital de l'enfance et au CHUV, tandis que la néonatalogie, qui nécessite un plateau technique important, est concentrée au CHUV. La pédiatrie et la chirurgie pédiatrique, si elles sont exercées sur les deux sites, recouvrent des pratiques différentes correspondant à la répartition établie entre les deux institutions. La pédiatrie générale, par exemple, qui compte au nombre de la quinzaine de spécialités affiliées au DMCP, n'est pratiquée qu'à l'Hôpital de l'enfance, comme la chirurgie pédiatrique générale, la chirurgie orthopédique ou la diabéto-endocrinologie. La néphrologie ou l'hémo-oncologie pédiatriques sont par contre du ressort du CHUV<sup>12</sup>.

## ÉVOLUTIONS RÉCENTES : MORCEAUX CHOISIS DANS UNE DYNAMIQUE FOISSONNANTE

Depuis 1995, lors de la succession de la D<sup>resse</sup> Henriette de Crousaz, médecin-chef du service de médecine et de la polyclinique, la nomination conjointe des D<sup>rs</sup> Jean-Jacques Cheseaux et Mario Gehri en tant que médecins-chefs adjoints du service de médecine pédiatrique et de la polyclinique a donné l'impulsion au développement de la prise

en charge des enfants victimes de maltraitance, dans le cadre du programme CAN-Team, réalisé en partenariat avec le CHUV, et a ouvert le service de médecine à des enfants de Terre des Hommes. Afin d'améliorer la prise en charge des patients migrants qui représentent désormais 61% des consultations de la polyclinique, l'Hôpital de l'enfance engage dès 1997 le projet « Migrants », première expérience de ce type en Suisse.



Consultation accompagnée par une traductrice sri-lankaise, 1998

En collaboration avec la division de pédopsychiatrie, l'Association Appartenances-Vaud, le réseau de santé FARMED et la Fondation d'aide aux requérants d'asile (FAREAS), diverses mesures sont décidées, dont l'engagement d'une traductrice-médiatrice culturelle d'Appartenances. Cette initiative, qui répond à un fort besoin, entraîne dans les années suivantes, la mise sur pied d'un programme de formation continue de sensibilisation à une approche interculturelle des soins. Les médiateurs culturels sont devenus un rouage important de la polyclinique de l'Hôpital de l'enfance. Interfaces

<sup>12</sup> Entretien avec Sergio Fanconi; RA 2009, p. 25.

entre le personnel soignant et les familles étrangères, ces spécialistes de la communication établissent un « lien entre le monde bio-psycho-social et le monde bio-médical des soignants ». Cette approche est actuellement soutenue au niveau de la Confédération, par l'Office fédéral de la Santé publique (OFSP), dans le cadre du concept *Migrant Friendly Hospital (MFH)*, développé depuis le début des années 2000<sup>13</sup>.

En 2001, le nouveau bâtiment érigé à la place du Pavillon Nord accueille les locaux administratifs et cinq classes du Bercaïl. Le nouveau Centre psychothérapeutique (CPT), où se développe une prise en charge toujours plus individualisée, est également mis en fonction. Nouvelle mouture unifiée des anciens Bercaïl et Centre de jour, le CPT fonctionne à la fois comme structure de soins et école spécialisée. Peuvent y être suivis 54 enfants, dont 21 en internat, jusqu'à l'âge de 13 ans. La gestion des activités pédagogiques et éducatives relève de la Fondation de l'Hôpital de l'enfance et l'équipe médico-psychologique du SUPEA<sup>14</sup>.

Le service des urgences est quant à lui l'objet d'une complète restructuration en 2002.

Le CHUV prend en charge les urgences pédiatriques vitales et celles nécessitant son plateau technique, alors que les urgences non vitales sont dirigées vers l'Hôpital de l'Enfance [...]. Les urgences du CHUV ainsi « allégées », les médecins peuvent désormais intervenir, pour les cas les plus graves et compliqués, dans les 10 à 15 minutes qui suivent l'enregistrement de l'enfant<sup>15</sup>.

Dès lors, les gardes de pédiatrie du week-end sont organisées aux urgences de l'Hôpital de l'enfance, ce qui renforce les liens avec les pédiatres privés de Lausanne. Cette réorganisation permet en outre au service des urgences de l'Hôpital de l'enfance de se positionner comme centre certifié de soins, d'enseignement et de recherche<sup>16</sup>. En 2002 encore, une « école de l'asthme » est créée à l'Hôpital de l'enfance, où des groupes d'enfants, accompagnés de leurs parents, apprivoisent leur maladie et acquièrent de nouveaux outils pour la vivre au mieux, en suivant un cours théorique et pratique<sup>17</sup>. De nouvelles unités sont créées, telles que l'Unité d'hospitalisation courte (UHC) en 2003, ou l'Unité pédiatrique de chirurgie orthopédique et traumatologique (UPCOT) en 2004. Cette dernière a été conjointement élaborée par les directions du DMCP et de l'ancien Hôpital orthopédique, devenu Hôpital orthopédique de Suisse romande (HOSR).

L'année suivante, le DMCP met en place un concept global de prise en charge de la douleur, développant plusieurs outils visant à une meilleure objectivation de la douleur. Les enfants dès l'âge de 5 ans peuvent ainsi désigner eux-mêmes l'intensité de la douleur ressentie au moyen d'une réglette illustrée, tandis que l'élaboration de sept critères indicateurs, tels que la respiration ou la position, permet d'évaluer au mieux la douleur des plus petits. Le personnel soignant de l'ensemble du département sera formé à ces nouvelles méthodes, qui constituent un exemple parfait de l'« empowerment », une conception de la relation thérapeutique accordant une large place aux compétences et aux initiatives

13 RA 1995, pp. 6-7; RA 1998, p. 7; RA 2000, p. 7; entretien avec Mario Gehri; Leanza, à paraître.

14 RA 2001, pp. 20-21; RA 2005, pp. 22-23.

15 RA 2002, p. 5.

16 *Id.*, pp. 2-4; entretien avec Mario Gehri.

17 RA 2004, p. 10.

### Comité d'administration

MM. le prof. H. ZWAHLEN, *président*, La Verdaz, chemin de la Cigale, Vennes.  
J. DE LA HARPE, *secrétaire*, avenue Davel 9.  
Pierre PASCHOUD, *trésorier*, chemin Roseneck 8.  
P. DE CHARRIERE DE SEVERY.  
Ed. WAVRE.  
D<sup>r</sup> M. DELESSERT.  
P. FAVRE.

Membre honoraire :  
Sœur CLAIRE FROMMEL, directrice honoraire.

### Directrice

Sœur CLARA TAILLENS, diaconesse de Saint-Loup.

### Service médical

*Médecin chef :* Prof. M. VULLIET, bd de Grancy 1, Lausanne.  
*Médecine :* M<sup>me</sup> D<sup>r</sup> V. VULLIET.  
D<sup>r</sup> M. NICOD, médecin-adjoint.  
*Enfants nerveux :* D<sup>r</sup> J. BERGIER, médecin consultant.  
*Chirurgie :* Prof. M. VULLIET.  
Prof. C. SCHOLDER,  
chirurgien-orthopédiste adjoint.  
D<sup>r</sup> H. PERRET, consultations chirurgicales.  
*Otorhinolaryngologie :* D<sup>r</sup> J.-P. DE REYNIER.  
*Maladies des yeux :* D<sup>r</sup> A. VERREY, médecin consultant.  
*Soins dentaires :* D<sup>r</sup> ABREZOL, médecin-dentiste.  
*Radiologie :* M. P. SENAUD.

### Chapelains

M. le pasteur MANUEL.  
M. le pasteur BARBLAN.

*Vérificateurs des comptes pour l'exercice 1957 :*

MM. Lucien BORGEAUD et Roger LUGRIN.

Les médecins de l'Hospice de l'enfance, en 1957,  
et du DMCP, en 2007

## SERVICES MÉDICAUX

# CHUV & HEL

Pr Sergio Fanconi, professeur ordinaire et chef de département  
Dr Judith Hohlfeld, médecin-chef de service, chirurgie pédiatrique

### Médecins cadres & Chefs de clinique des spécialités

Dr Diana Ballhausen, pédiatrie moléculaire  
Dr Maja Beck Popovic, médecin-associée, hémato-oncologie  
Dr Faïza Benkebil, gastro-entérologie  
Dr Myriam Bickle Graz, néonatalogie  
Dr Luisa Bonafé, médecin-adjointe, pédiatrie moléculaire  
Dr Jean-Jacques Cheseaux, médecin-adjoint, pédiatrie  
Dr Jacques Cotting, médecin-chef, soins intensifs  
Pr Thierry Deonna, professeur honoraire, neuropédiatrie  
Dr Stefano Di Bernardo, médecin-associé, cardiologie  
Dr Manuel Diezi, hémato-oncologie  
Pr Michel Dutoit, professeur associé, orthopédie  
Dr Sarah Fattet, hémato-oncologie  
Dr Pierre Flubacher, médecin-chef, anesthésiologie  
Pr Peter Frey, médecin-adjoint, chirurgie pédiatrique  
Dr Mario Gehri, médecin-adjoint, pédiatrie  
Dr Eric Giannoni, néonatalogie  
Pr Eric Girardin, médecin-chef, néphrologie  
Dr Nicole Gross, cheffe unité de recherche, hémato-oncologie  
Dr Gaudenz Hafen, pneumologie-mucoviscidose  
Dr Michaël Hauschild, endocrino-diabétologie  
Dr Michael Hofer, médecin-associé, allergologie, immunologie, rhumatologie  
Dr Cécile Holenweg, neuroréhabilitation  
Dr Pierre-Yves Jeannet, médecin-associé, neuropédiatrie  
Dr Marine Jequier, neuropédiatrie  
Dr Jean-Marc Joseph, médecin-associé, chirurgie pédiatrique  
Dr Laurent Junier, médecin-adjoint, neuro-pédopsychiatrie  
Dr Yann Kernen, mucoviscidose  
Dr Jean-Daniel Krähénbühl, médecin-associé, pédiatrie  
Dr Henri Kùchler, médecin-adjoint bénévole, oncologie  
Dr Bernard Laubscher, médecin-adjoint, pédiatrie  
Dr Juan Llor, médecin-associé, soins intensifs  
Dr Nicolas Lutz, médecin-associé, chirurgie pédiatrique  
Pr Erik Meijboom, médecin-associé, cardiologie  
Dr Blaise-J. Meyrat, médecin-adjoint, chirurgie pédiatrique  
Pr Pierre-André Michaud, médecin-chef, UMSA  
Dr Yvan Mivelaz, cardiologie  
Pr Adrien Moessinger, médecin-chef, néonatalogie

Dr Christopher Newman, médecin-associé, neuroréhabilitation  
 Dr Andreas Nydegger, médecin-associé, gastro-entérologie  
 Dr Martine Nydegger, médecin-associée, anesthésiologie  
 Dr Laurence Parret-Racine, soins intensifs  
 Dr Yves Pastore, hémato-oncologie  
 Dr Anne Pittet, médecin hospitalier, pédiatrie  
 Dr Franziska Phan Hug, endocrino-diabétologie  
 Pr Olivier Reinberg, médecin-adjoint, chirurgie pédiatrique  
 Dr Saira-Christine Renteria, médecin-associée, gynécologie  
 Dr Matthias Roth, médecin-associé, néonatalogie  
 Pr Eliane Roulet Perez, médecin-chef, neuropédiatrie  
 Dr Nicole Sekarski, médecin-adjointe, cardiologie  
 Dr Giuseppina Sparta, néphrologie  
 Dr Pascal Stucki, médecin-associé, soins intensifs  
 Dr Joan Carles Suris Granell, médecin-associé, UMSA  
 Pr Gerald Theintz, médecin-chef, endocrino-diabétologie  
 Dr Florence Thurler Thiele, allergologie, immunologie, rhumatologie  
 Dr Jean-François Tolsa, médecin-adjoint, néonatalogie  
 Dr Anita Truttmann, médecin-associée, néonatalogie  
 Dr Bernardo Vargas, médecin-associé, orthopédie  
 Dr Bernard Vaudaux, médecin-associé, infectiologie  
 Dr Nicolas Von der Weid, médecin-associé, oncologie  
 Dr Jacqueline Wassenberg, allergologie, immunologie, rhumatologie  
 Dr Pierre-Yves Zambelli, médecin-adjoint, orthopédie  
 Dr Gregory Zeier, néphrologie

**Chefs de cliniques**

Dr Viviane Amiet  
 Dr Stéphanie Baumberger  
 Dr Laura Beretta  
 Dr Léa Bopst  
 Dr Anne-Joëlle Bosset Murone  
 Dr Tatiana Boulos Ksontini  
 Dr Muriel Candolfi  
 Dr Manon Cevey-Macherel  
 Dr Isabelle Chossis  
 Dr Jamel Chnayna  
 Dr Sandrine Coeytaux  
 Dr Philippe Curchod  
 Dr Anthony de Buys Roessingh  
 Dr Antoinette Djamen-Tchatchou  
 Dr Gezim Dushi

Dr Christophe Gapany  
 Dr Isabelle Jaeger  
 Dr Elise Jéquier Broome  
 Dr Nicole Jundt-Herman  
 Dr Kathryn Laine  
 Dr David Lonchamp  
 Dr Natalie Mc Call-Gikic  
 Dr Viwinne Marion  
 Dr Valérie Montandon  
 Dr Julia Natterer  
 Dr Christophe Oberson  
 Dr Nicolas Piol  
 Dr Cristina Poncini  
 Dr Pascal Ramseyer  
 Dr Laurent Robert  
 Dr Michel Russo  
 Dr Mirjam Schuler Barazzoni  
 Dr Stéphane Tercier  
 Dr Sabine Vasseur Maurer  
 Dr Marjorie Wallach  
 Dr Alexandra Wilhelm Bals  
 Dr Pia Wintermark  
 Dr Sid Ali Zoubir

**Médecins conseil, consultants et autres services**

Dr Florence Baudraz, dermatologie  
 Dr Stéphanie Christen, dermatologie  
 Dr Marc-André Bernath, anesthésiologie  
 Dr Olivier Boulat, médecin-associé, laboratoire  
 Dr Jacques Cherpillod, médecin-chef, ORL  
 Dr Jacques Durig, ophtalmologie  
 Dr Ermindo Di Paolo, pharmacien  
 Pr François Gudinchet, médecin-adjoint, radiologie  
 Dr François Waridel, médecin-associé, ORL

**Pédopsychiatrie de liaison**

Dr Philippe Stephan, médecin-associé  
 Dr Carole Müller-Nix, médecin-adjointe  
 Dr Alain Herzog, médecin responsable  
 Dr Mathias Erb, chef de clinique

du patient et de ses proches. Cette tendance, très présente dans la médecine des pays occidentaux en ce tournant de millénaire, est aussi illustrée par le projet Activités physiques adaptées (APA), qui permet à l'enfant et à l'adolescent hospitalisés de retrouver et d'explorer autrement ses possibilités motrices, à travers la recherche de solutions parfois inattendues ou d'un aménagement spatial<sup>18</sup>.

Les services pédiatriques spécialisés du CHUV connaissent eux aussi un développement continu, témoignant de la diversification et de la sophistication toujours croissante de la médecine de pointe. Depuis la fin des travaux de transformation ayant permis le regroupement de la pédiatrie, de la chirurgie pédiatrique et de la pédopsychiatrie au niveau 11 du CHUV en 1997, nombre de nouveautés ont vu le jour: développement des soins palliatifs pédiatriques, ouverture des unités de soins aigus long séjour (USUALS), de cardiologie pédiatrique ou de néphrologie pédiatrique ne sont que quelques-uns des exemples illustrant cette dynamique. En 2006, l'un des points forts de l'activité du DMCP bénéficie d'une restructuration complète, avec la mise en route des nouveaux locaux pour la division de néonatalogie, spécialité développée dès 1967 à l'Hôpital cantonal et dont l'activité représente presque un tiers de l'ensemble des hospitalisations du DMCP. Particulièrement orientée sur la prévention du handicap, l'une des conséquences majeures des grossesses à risque, l'unité dispose désormais de 28 lits de soins intensifs et de soins continus.

La création du DMCP a en outre donné une forte impulsion aux activités de recherche et d'enseignement. Chaque service ou unité a, au fil des années et

de son développement propre, créé un réseau d'une forte densité, incluant, outre les nombreux échanges entre les équipes présentes à l'Hôpital de l'enfance et au CHUV, des collaborations inter-cantoniales et internationales. Pour ne citer qu'un exemple, l'anesthésie pédiatrique est enseignée sur les deux sites bien que cette sous-spécialité ne soit pas encore officiellement reconnue en Suisse. La possibilité de découvrir les spécificités propres à la clinique pratiquée sur chaque site offre ainsi aux praticiens « un plus pour parfaire leur expertise<sup>19</sup> ». Dans ce cadre, l'Hôpital de l'enfance a très légitimement acquis le statut d'établissement universitaire en 2001.

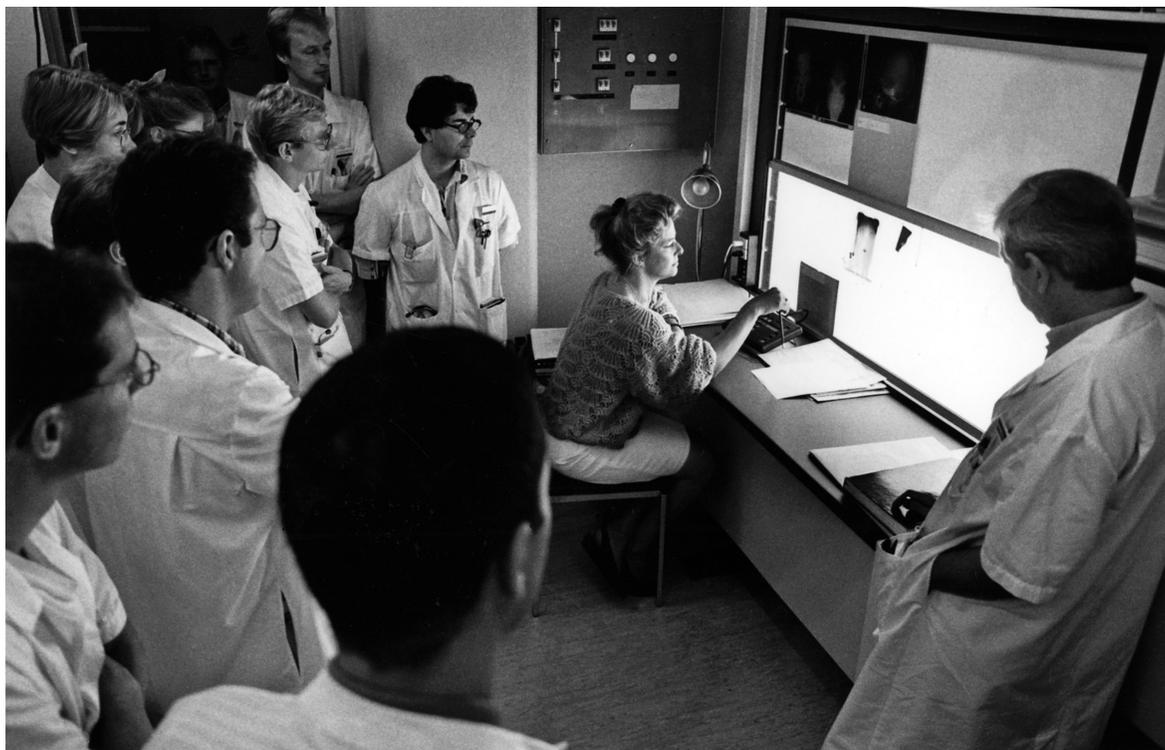
## LA POLICLINIQUE: CENTRE NÉVRALGIQUE DE L'HÔPITAL DE L'ENFANCE

On a vu que l'ancien dispensaire est devenu le service de policlinique en 1966. Le rapport annuel se contente alors de mentionner les vaccinations qui y sont effectuées et s'élèvent à 621, dont 247 pour le groupe diphtérie-tétanos-coqueluche, 184 vaccinations antivarioliques et 190 vaccinations antipoliomyélitiques. Au total des vaccinations dispensées l'année suivante (942) s'ajoutent 700 consultations. L'augmentation exponentielle de l'activité du service commence en 1969, où l'on enregistre 2'851 consultations contre 930 l'année précédente.

Quant à notre policlinique, elle a [...] atteint depuis trois ans un volume constant de consultations qui correspond en moyenne à plus de 50 visites par jour, été comme hiver, dimanche et jours fériés comme jours ouvrables, de jour comme de nuit. C'est dire le rôle important qu'elle joue dans la région lausannoise en particulier dans tout

• • • • •  
<sup>18</sup> RA 2003, pp. 10 et 12.

• • • • •  
<sup>19</sup> RA 2004, p. 21.



L'activité pédagogique au sein de l'hôpital

l'Ouest lausannois [...]. Alors que, chaque année, nous pensons avoir atteint un sommet, nous constatons l'année suivante que les consultations en polyclinique ont encore augmenté<sup>20</sup>.

La tendance ira en effet croissant, avec 6'415 consultations en 1971, 7'336 en 1972 et 16'471 en 1980. Au début des années 2000, le total des consultations atteint plus de 30'000, ce chiffre regroupant à la fois les consultations en polyclinique et celles du service

des urgences de l'Hôpital de l'enfance. À partir de 2005, le service des urgences, ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre, est distinct de la polyclinique, qui continue d'accueillir une moyenne journalière de 50 patients, sur rendez-vous. La situation géographique de la polyclinique de l'Hôpital de l'enfance permet d'établir une relation de proximité avec les communautés étrangères, qui constituent aujourd'hui la très grande majorité de sa clientèle. Par ailleurs, son éloignement des structures hyper-spécialisées du CHUV contribue à renforcer une

.....  
<sup>20</sup> Rapport de Jacques Matile, RA 1979, p. 3; RA 1980, p. 2.

culture médicale du savoir-faire pédiatrique fondée sur une approche généraliste évitant, si possible, le recours systématique à de coûteux examens. Les services de médiation et d'interprétariat culturel, désormais largement rodés, sont massivement utilisés par les familles migrantes, que les pédiatres de l'Hôpital de l'enfance suivent en collaboration avec leurs collègues de la polyclinique adulte du CHUV. Enfin, avec la présence des médecins consultants pratiquant les spécialités proches de la pédiatrie

générale, telles que l'ORL ou la dermatologie – qui ont été parmi les premières spécialités représentées dans l'ancien Hospice de l'enfance –, ce vaste plateau de médecine ambulatoire est maintenant désigné au pluriel, les polycliniques ayant remplacé la polyclinique<sup>21</sup>.

• • • • •

<sup>21</sup> Entretien avec Mario Gehri.



Une consultation



### L'esprit de famille à l'Hôpital de l'enfance

En 1876, le rapport annuel de l'hospice attribuait une grande part de son succès auprès de la population à son atmosphère familiale : « Bien que l'Hospice de l'enfance ne puisse être comparé aux hôpitaux spéciaux pour les enfants dans les grands centres, il est cependant intéressant de savoir que notre modeste établissement ne reste point en arrière ; la proportion dans les résultats obtenus lui est tout à fait favorable, ce qui tient sans doute à son caractère même. Le petit hospice rappelle à la plupart des enfants la maison paternelle ; ils y retrouvent les soins que l'on reçoit dans une famille, joints à une douce influence chrétienne qui nous paraît indispensable auprès d'enfants qui souffrent<sup>1</sup> ». La directrice, Sœur Dora, écrit encore, en 1892 : « Notre Hospice est plutôt comparable à une famille qu'à un établissement public, et nous attachons un grand prix à cette intimité qui favorise chez nos chers enfants la confiance et les libres épanchements<sup>2</sup> ».

Cette rhétorique familiale est très courante dans le contexte des premiers établissements de soins de la philanthropie hospitalière, fondés et portés par de petits groupes de personnes, œuvrant dans une grande proximité et dans des locaux tenant plus de l'architecture résidentielle que de l'architecture hospitalière, avec la religion comme terreau, ciment et horizon communs de l'action journalière. Ces conditions originelles ont disparu depuis longtemps. Pourtant, sous des formes qui évoluent selon les époques, les acteurs de l'Hospice puis de l'Hôpital de l'enfance évoquent cet *esprit de famille* tout au long de l'histoire de l'établissement. Que recouvre cette notion non archivée par les registres, impossible à quantifier et récurrente ? Les éléments qui la nourrissent sont à la fois épars et hétérogènes, mais relèvent de trois catégories : l'institution et son organisation, la culture régissant les rapports de travail et la logique de soins.

La dimension de l'établissement est un argument régulièrement invoqué. En 1961, le président du comité, Henri Zwahlen, présente ainsi le « petit hospice » devenu centenaire : « Un établissement comme le nôtre a en effet le gros avantage d'être encore à l'échelle humaine et de pouvoir, de ce fait, œuvrer dans une atmosphère familiale, ce qui est de toute importance pour soigner les enfants<sup>3</sup> ». En partie lié à la question de la taille, le caractère d'intimité évoqué par Sœur Dora est un élément précieux, comme le montrent diverses démarches entreprises au début des années 1920 en vue de protéger l'établissement de futurs voisinages éventuels. Ce souci convainc le comité de l'opportunité d'acquérir une portion de terrain supplémentaire, car « en le laissant passer dans d'autres mains, on s'expose à voir s'y édifier des constructions gênantes pour l'Hospice<sup>4</sup> ». Dans la même logique, il est décidé deux ans plus tard d'élever un « rideau d'arbres protecteur. Pour protéger l'Hospice contre la vue de maisons nouvellement construites, il y aurait lieu d'établir dans le jardin à l'ouest, un rideau d'arbres de haute futaye<sup>5</sup> ». Mais si l'intimité physique est importante, c'est essentiellement parce qu'elle favorise l'intimité relationnelle, garante de cette « atmosphère familiale ».

• • • • •  
<sup>1</sup> RA 1876, p. 2.

<sup>2</sup> RA 1892, p. 5.

<sup>3</sup> RA 1961, p. 32.

<sup>4</sup> PV de la séance du 20 octobre 1922.

<sup>5</sup> PV 1924, p. 94.



Moment de jeux pour les patients de chirurgie, années 1920

Le rôle paternel attribué aux médecins de l'œuvre est l'un des fondamentaux du climat familial revendiqué par les premières générations de l'Hospice de l'enfance : « Nous ne parlons pas de MM. Joël et Martin, ils sont de la maison et s'y dévouent en bons pères de famille<sup>6</sup> ». De même, à la mort de Victor Mercanton, le comité souligne : « Nous n'exagérons pas en disant que, pour nos petits malades et pour le personnel de l'Hospice,

.....  
<sup>6</sup> RA 1872, p. 4.

il en fut alors comme d'une famille qui vient de perdre son chef<sup>7</sup> ». Les diaconesses, et en particulier la sœur-directrice, constituent le pôle maternel de cette constellation. Leur rôle est double : gardes-malades, elles incarnent aussi, par leur engagement quotidien, la vocation chrétienne et charitable d'une institution où les anciens patients reviennent tant ils y ont trouvé un foyer : « Par affection encore, plusieurs enfants après avoir quitté l'Hospice y reviennent souvent le dimanche après-midi, comme chez eux [ . . . ]. Ce bon souvenir de l'Hospice, précieux à constater, nous le devons, en premier lieu, à notre habile et dévoué docteur, M. Mercanton, l'ami de nos petits malades, puis, à la sollicitude toute maternelle des sœurs qui leur prodiguent leurs soins. Les enfants se sentent, en effet, comme en famille, dans une paisible et heureuse famille sous le regard de Dieu<sup>8</sup> ».

À cette famille symbolique s'ajoutent les liens objectivement filiaux unissant plusieurs des acteurs de l'établissement, soit à l'interne soit avec d'autres institutions. Une liste exhaustive serait trop longue, mais on peut citer quelques passerelles familiales entre l'Hospice de l'enfance et la Maison-mère de Saint-Loup : Caroline Steinlen-Germond est la fille de son fondateur et les membres du comité d'administration de l'Hospice de l'enfance comptent notamment Henri Verrey, dont le père Jules-Louis est membre du comité d'administration de Saint-Loup aux côtés de Charles Renevier, le fils du premier président du comité de l'Hospice de l'enfance ; certaines familles, comme les Dapples, comptent des membres parmi le comité des dames et le comité d'administration. L'histoire médicale de l'établissement est elle aussi émaillée de passations familiales : le premier radiologue, Jules Senaud, est remplacé par son frère Paul ; la famille Vulliet est au cœur du développement de l'institution de 1912 à 1966, avec Henri, Maurice et Véra Vulliet. On a vu aussi la forte implication des épouses des médecins dans la vie quotidienne de l'hospice, de M<sup>me</sup> Joël à M<sup>me</sup> Exchaquet. N'oublions pas leurs mères, comme M<sup>me</sup> Santschi, qui assiste son fils dentiste.

Avec le processus de médicalisation engagé à partir de l'emménagement au chemin de Montétan, en 1912, la représentation du médecin évolue, il n'est plus désigné en tant que figure paternelle, mais trouve dans l'établissement un autre foyer, comme Louis Exchaquet, pour lequel « l'Hospice était sa seconde famille<sup>9</sup> » ou Henri Vulliet qui, « ayant beaucoup donné, [ . . . ] a beaucoup reçu et vibra toujours d'une tendresse particulière pour tout ce qui touchait à cette maison où tous l'avaient tant aimé<sup>10</sup> ». La tradition des fêtes, celle de Noël en particulier, contribue fortement à cultiver une atmosphère familiale pour les petits patients, que rejoignent d'ailleurs les enfants des médecins jusqu'à l'époque du D'Exchaquet<sup>11</sup>. Les anniversaires d'engagement au service de l'institution sont également prétextes de petites festivités à l'interne, comme en 1935 où l'on célèbre les 40 ans d'activité de M<sup>lle</sup> Augusta de Sévery, chargée des tâches de bureau puis adjointe de la directrice<sup>12</sup>.

La remarquable longévité de bon nombre des acteurs est un facteur supplémentaire favorisant la construction de liens relationnels forts. Par rapport à d'autres établissements de soins, tels que la Clinique psychiatrique privée de La Métairie, à Nyon, que plusieurs de ses médecins responsables quittent après quelques années d'exercice, emportant éventuellement une partie des patients et du personnel pour fonder leur

7 RA 1910, p. 3.

8 RA 1899, p. 5.

9 RA 1950, p. 4.

10 RMSR 1934 p. 142.

11 Entretien avec Olivier Exchaquet.

12 RA 1935.

propre clinique<sup>13</sup>, une grande stabilité caractérise au contraire l'engagement des membres de l'Hospice, puis de l'Hôpital de l'enfance, à tous les échelons. Parmi les médecins responsables, les D<sup>s</sup> Joël Mercanton, Exchaquet, Vulliet fils restent respectivement 20, 22, 37 et 40 ans en poste. Les autres médecins de la maison ne sont pas en reste, avec par exemple 32 ans d'activité pour le D<sup>r</sup> Bergier et 22 pour le D<sup>r</sup> de Reynier. Du côté des diaconesses, Sœur Dora est directrice durant 30 ans, Sœur Claire durant 33 ans. Sœur Cécile, simple diaconesse, part en 1955 après 40 ans de présence. Max de Cérenville, qui a présidé le comité d'administration durant 20 ans, en fait partie durant 40 ans au total. Bernard Meyer, le premier directeur administratif, reste 24 ans. Christiane Wayss, directrice du Bercaïl après y être entrée comme assistante sociale, y travaille en tout 38 ans, tandis que Rose Gudit, aide de ménage engagée dans les premières du Bercaïl, y dispense plus de 40 ans durant une présence affectueuse dont le D<sup>r</sup> Bergier souligne l'importance éducative et affective pour les internes. À une époque plus récente, Nancy Mahr-Thévoz, infirmière en division de médecine, part en 1996 après 31 ans de service.

Cette énumération illustre un aspect qui tient au cœur du comité, dont le président, Jacques Matile, souligne en 1975 :

« Désireux de garder à notre hôpital des dimensions humaines, nous cherchons néanmoins à mettre à la disposition de nos malades des installations modernes et sûres et surtout à leur assurer des soins dans une atmosphère d'ouverture et de compréhension. Le contact humain entre nos médecins et notre personnel infirmier d'une part et les malades et les parents d'autre part jouent à cet égard un rôle essentiel<sup>14</sup> ». À cette époque, les diaconesses sont parties. Des décennies durant, la religion chrétienne a constitué une part fondamentale de cet *esprit de famille* tant revendiqué. Chaque jour, jusqu'en 1971, l'ensemble du personnel et des patients attablés attendait que la sœur-directrice ait prononcé une courte



Max de Cérenville entouré par les patients de l'Hospice de l'enfance, années 1940

<sup>13</sup> Comme le fait par exemple Oscar Forel (1891–1982), qui fonde la Clinique des Rives de Prangins en 1928 au cours même de son engagement comme médecin-directeur de la Métairie. Emmenant avec lui une trentaine de patients et plusieurs membres du personnel, il emporte en outre une bonne partie des archives de l'établissement. Tavera & Barras 2009.

<sup>14</sup> RA 1975, p. 2.

prire avant d'entamer son repas. Ces dernières années de présence des sœurs correspondent en outre, pour le personnel, notamment infirmier, à l'apparition d'une nouvelle culture de travail, cimentée par la vie commune dans les murs même de l'hôpital et le partage des soirées<sup>15</sup>. Une fois l'établissement sécularisé, la dimension familiale paraît moins lisible, d'autant que les équipes médicales et soignantes se sont étoffées, que la vie de l'Hôpital de l'enfance est lié à un contexte toujours plus large, sur les plans politique et socio-économique, que le temps est largement révolu où il était normal qu'une même personne soit jour et nuit disponible pour « nos petits enfants ».

Pourtant un certain *esprit de famille* perdure, est revendiqué et donne, selon ses acteurs mêmes, une touche particulière à l'accueil prodigué par l'Hôpital de l'enfance. Où et comment cette version contemporaine de l'esprit de famille de l'Hôpital de l'enfance s'exprime-t-elle et se construit-elle ? D'abord au niveau de la logique des soins, dans la continuation d'un objectif qui est demeuré le même depuis la fondation : le mieux-être des enfants qui lui sont confiés. On a vu comment la famille a été de plus en plus impliquée dans le processus thérapeutique, l'hôpital mettant dès 1984 des chambres à disposition des mères, ce qui ne se faisait guère ailleurs<sup>16</sup>. En 1992, les enfants sont invités à contribuer à la réalisation des peintures qui viennent décorer les murs de leur lieu de séjour<sup>17</sup>. En 2000, le rapport annuel expose quelques unes des initiatives menées en vue de favoriser une atmosphère sécurisante pour les enfants hospitalisés : « Sur la porte figure déjà son nom, aux côtés de l'animal fétiche de la section, qui facilite la reconnaissance des lieux. Afin de se sentir comme à la maison, l'enfant peut décorer sa chambre à sa guise, avec ses posters, ses peluches ou ses bibelots<sup>18</sup> ». L'activité de l'association Préparation Accompagnement Soutien (PAS) et la mise en place du projet *Migrants* cultivent également l'instauration d'un lien de confiance et de dialogue entre les patients, leurs familles et les équipes soignantes.

Du point de vue de la culture de travail, l'engagement régulier au sein de diverses missions humanitaires nourrit le parcours professionnel de la plupart des soignants exerçant actuellement à l'Hôpital de l'enfance. Plusieurs d'entre eux ont travaillé dans les pays du Sud, ou continuent de s'y rendre, comme les cinq soignants ayant récemment rejoint les équipes de secours envoyées à Haïti, que venait de ravager le tremblement de terre de 2010<sup>19</sup>. Cette expérience commune des conditions d'exercice et des problèmes sanitaires rencontrés sur d'autres terrains a noué et continue de tisser des liens importants entre les membres de l'équipe. Par ailleurs, les dynamiques de formation continue, de travail en réseau, d'interdisciplinarité des équipes et de mise en place de projets de recherche ont construit de nouvelles formes de partage, non plus basées sur les repères quotidiens d'une vie en commun, mais sur les objectifs et la synergie des compétences disponibles. Ainsi l'*esprit de famille* est-il toujours présent, cultivé et revendiqué par les acteurs contemporains de l'Hôpital de l'enfance, tant sur le plan des synergies développées au sein de l'équipe soignante qu'au niveau des conditions d'accueil des enfants et de leur famille, invités à se sentir « chez eux » dans ce « cadre à taille humaine, presque familial et 100% pédiatrie<sup>20</sup> ».

• • • • •  
<sup>15</sup> Entretien avec Nancy Mahr-Thévoz.

<sup>16</sup> Entretien avec Michel Renaud.

<sup>17</sup> RA 1991, pp. 12-13.

<sup>18</sup> RA 2000, p. 9.

<sup>19</sup> Entretien avec Mario Gehri.

<sup>20</sup> RA 2008, p. 18 ; entretien avec Pierre-André Duc.

# .CONCLUSION.

## VERS UN ÉLARGISSEMENT DE L'IDENTITÉ

De la pratique clinique à la pédagogie, les liens que les acteurs de l'Hôpital de l'enfance ont tissés au cours de ces dernières années dépassent largement les frontières de la capitale vaudoise. À partir d'un héritage imposant, à partir aussi d'un questionnement de la pratique et de la confrontation quotidienne aux réalités mouvantes de la société contemporaine, les différents secteurs de la médecine développés à l'Hôpital de l'enfance s'insèrent aujourd'hui au sein d'une vaste communauté, tant institutionnelle que professionnelle.

Sur le plan de l'enseignement aux professions de soin, le site de Montétan accueille par exemple le personnel médico-infirmier de l'ensemble des services pédiatriques des hôpitaux romands pour la formation aux techniques de réanimation pédiatrique selon le modèle *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*. Au-delà même de la ville de Lausanne et du canton de Vaud, ses pourvoyeurs historiques de patients, l'Hôpital de l'enfance a également établi une collaboration étroite avec le personnel soignant, les enseignants et chercheurs de différents services de pédiatrie du Maghreb et d'Afrique de l'Ouest. Le *Vade Mecum 2006* de pédiatrie compte ainsi,

parmi ses quatre auteurs, un ancien professeur de l'Université de Beni-Messous, en Algérie<sup>1</sup>.

Dans le domaine de la recherche en pédiatrie, un exemple donnera la mesure des liens tissés autour d'un seul sujet, en l'occurrence la pneumonie. Une étude « un brin provocatrice » a porté sur les possibilités d'application d'un diagramme de prise en charge de la pneumonie développé par l'OMS dans les pays en voie de développement<sup>2</sup>. Appliquée dans plusieurs pays d'Afrique, cette procédure se caractérise à la fois par sa grande économie de moyens et par son efficacité, des arguments de poids à une époque où les coûts de la santé sont une préoccupation majeure. Après études et échanges sur le terrain, cette méthode a été implantée avec succès à l'Hôpital de l'enfance. Le volet plus traditionnel des recherches sur la biologie du pneumocoque est quant à lui l'objet de collaborations établies avec le Service des maladies infectieuses du CHUV, le Service de pédiatrie de l'Hôpital universitaire de Genève (HUG) et l'Hôpital pédiatrique de Sainte-Justine, à Montréal.

.....

<sup>1</sup> Mario Gehri, Bernard Laubscher, Ermindo R. di Paolo, S. Mustapha Mazouni, *Vade Mecum de pédiatrie 2006*, La Conversion (Lausanne), 2006.

<sup>2</sup> Cette recherche a été menée par la D<sup>esse</sup> Mirjam Dirlewanger, médecin-assistante de l'Hôpital de l'enfance, RA 2000, p. 20.

Premier établissement de Suisse spécifiquement voué au soin des enfants, l'Hospice de l'enfance a, lors de sa création, précédé de quelques années l'entrée d'un mot nouveau dans le vocabulaire: la pédiatrie. Sans perdre de vue sa vocation initiale de soins aux enfants de la région lausannoise, «notre petit hospice», devenu l'Hôpital de l'enfance de Lausanne (HEL) et intégré au DMCP, travaille désormais en interaction constante avec l'ensemble des acteurs et des établissements de la pédiatrie du canton de Vaud et de sa capitale. Ses collaborations

s'étendent même bien au-delà, contribuant au développement de la discipline et de la clinique pédiatriques. À partir de son ancrage dans un dense terreau local, la médecine pratiquée à l'Hôpital de l'enfance s'est ouverte aux réalités et aux défis du monde contemporain, à la migration, à la mondialisation. Sous leurs atours actuels, les vertus anciennes de l'accueil, du don et du soin n'ont rien perdu de leur nécessité et restent au cœur du travail de celles et ceux qui s'efforcent, aujourd'hui comme hier, de rétablir et préserver la santé des enfants.



Les vertus de l'accueil, du don et du soin

# .ANNEXE 1.

## LISTE DES MEMBRES DE LA DIRECTION

### DIRECTION GÉNÉRALE

- 1861–1862 : Aimé Steinlen (1821–1862), professeur de littérature et Caroline Steinlen-Germond (?1902)
- 1862–1869 : Caroline Steinlen-Germond (?–1902)
- 1869–1875 : Sœur Léona Marchand (1846–1901), sœur-directrice
- 1875–1882 : Sœur Méry Blanc (1836–1919), sœur-directrice
- 1882–1912 : Sœur Dorothée Ramsperger (1851–1912), sœur-directrice
- 1912–1945 : Sœur Claire Frommel (1876–1954), sœur-directrice
- 1945–1956 : Sœur Lucy Jaggi (1906–2004), sœur-directrice
- 1956–1960 : Sœur Clara Taillens (?–1960), sœur-directrice
- 1961–1971 : Sœur Marcelle Vuillème (1921–), sœur-directrice
- 1966–1993 : Bernard Meyer (1927–1997), directeur administratif
- 1993–2008 : Roger Pauli (1942–), directeur général
- 2008– : Pierre-André Duc (1962–), directeur de la Fondation de l’Hôpital de l’enfance.

### DIRECTION MÉDICALE

- 1868–1888 : François Joël (1821–1893)
- 1888–1910 : Victor Mercanton (1850–1910)
- 1910–1913 : Edmond de Rham (1867–1954)
- 1913–1949 : Louis Exchaquet (1879–1950)
- 1949–1966 : Maurice Vulliet (1898–1966)
- 1966–1999 : Collège des médecins
- 2000– : Sergio Fanconi (1949–).

### PRÉSIDENTE DU COMITÉ D’ADMINISTRATION, DEVENU CONSEIL DE FONDATION

- 1861–1867 : Eugène Renevier (?–?), professeur
- 1868–1891 : Samuel RoCHAT (?–?), ingénieur
- 1891–1903 : Aloys van Muyden (1843–1903), ingénieur
- 1903–1919 : Édouard Herzog (1848–1923), pasteur et directeur-adjoint de l’Institution de Saint-Loup
- 1919–1928 : Henri Verrey-Mezger (1852–1928), architecte et concepteur des plans du bâtiment de Montétan en 1912
- 1928–1942 et 1945–1947 : Max de Cérenville (1875–1948), directeur de La Suisse Assurances, membre du comité

d'administration de la Société de  
Banques Suisses, conseiller municipal,  
député et conseiller national libéral

1943–1944: Antoine Vodoz (1900–1945), conseiller  
d'État de 1938 à 1945

1947–1962: Henri Zwahlen (1911–1974), professeur  
de droit, juge fédéral

1962–1980: Jacques Matile (1920–2000), avocat,  
député libéral

1981–1990: Michel Renaud (1940–), avocat, député  
libéral

1990–2003: Jacques Perrin (1944–), chef  
d'entreprise, député radical

2003–2009: Philippe-Édouard Journot (1948–),  
avocat

2009–: Jean-Michel Henny (1942–), avocat.

# .ANNEXE 2.

## INDEX DES NOMS DE PERSONNES

### A

---

Anker • 31  
Ansermet François Pr • 115, 116, 117, 143

### B

---

Bamatter Fred Pr • 110  
Barblan, pasteur • 101  
von Behring Emil • 35  
Bergier Jacques • 84, 89, 91, 113, 114, 115, 125, 132, 163  
Bernard Claude • 127  
Bertha, Sœur • 75  
Bettschart Walter • 115  
Blanc Soeur Méry • 23, 27, 167  
Bobillier Anne-Marie • 115  
Bonard Jean-François Dr • 98, 117, 118  
Bossert Jean Dr • 120  
Boszormenyi-Nagy Pr • 131  
Bovet Lucien • 80, 81, 82, 83, 84, 114  
Bovet Marcelle • 81  
Brown Francis • 7  
Bugnion Michel Dr • 120  
Burnand frères • 65  
Burnier Auguste Dr • 5, 21  
Burnier Edmond Dr • 90, 121  
Burnier Henri Dr • 5  
Butini Adolphe Dr • 5, 12

Buttin, phamacien • 20

### C

---

Calame André Pr • 143  
Cécile, Sœur • 163  
Celikalay Izzet Dr • 118  
de Cérenville Max • 27, 58, 59, 67, 70, 72, 73, 79, 89, 96, 163, 167  
Ceresole Auguste • 58  
Chappuis Louis • 14  
Charrière William • 45  
Chérica Yolande • 126, 127  
Cherpillod Jacques Dr • 123  
Cheseaux Jean-Jacques Dr • 152  
Combe Adolphe Dr • 12, 31, 32, 33, 63, 64, 65, 133  
de Crousaz Henriette D<sup>resse</sup> • 108, 128, 142, 152  
Cuendet Graf Françoise D<sup>resse</sup> • 124

### D

---

Dapples Charles • 14, 21, 162  
Dapples Édouard • 14, 21, 162  
Dapples M<sup>me</sup> • 25  
David Dr • 55  
Delessert Marc Dr • 129  
Delisle Jean Abram • 14, 17  
Deriex Suzanne • xi, 35, 181

Despland Gabriel • 91  
Dirlewanger Mirjam D<sup>resse</sup> • 165  
Duc Pierre-André • 149, 150, 164, 167  
Dufour Marc D<sup>r</sup> • 30, 63  
Durig Jacques D<sup>r</sup> • 124  
Duval André Dr • 8, 11

---

E

d'Espine Adolphe D<sup>r</sup> • 10, 34, 63  
Esposito Pasquale D<sup>r</sup> • 118  
Exchaquet Louis D<sup>r</sup> • 49, 60, 61, 75, 76, 82, 84, 89, 122, 135,  
162, 163, 167  
Exchaquet Louis M<sup>me</sup> • 61, 162  
Exchaquet Olivier • 61, 162, 181

---

F

Fanconi Sergio P<sup>r</sup> • xi, 149, 152, 167, 181  
Favre Pierre • 96  
Ferrier Pierre • 110  
Fliedner Théodore, pasteur • 22  
Flubacher Pierre D<sup>r</sup> • 112, 118  
Folloni Elsa • 100  
Forel Oscar • 163  
Frommel Claire, Soeur • 55, 56, 89, 92, 167

---

G

Gagnebin Léo • 102  
de Gasparin Agénor • 22  
de Gasparin Valérie • 25  
Gehri Mario D<sup>r</sup> • xi, 124, 132, 152, 153, 158, 159, 164, 181  
Genton Noël P<sup>r</sup> • 103  
Germond Henri • 25  
Germond Louis, pasteur • 1, 3, 5, 11, 22, 24, 26

Gibert D<sup>r</sup> • 33  
Gilliand Pierre • 102  
Gottlieb Suter Jean • 1  
Goumaz Claude-Francis D<sup>r</sup> • 123  
Gowthrope Charles • 1  
Grandguillaume Pierre D<sup>r</sup> • 124  
Grenier Auguste • 1  
Gudit Rose, « MaRose » • 81, 163  
Guillaume III de Hollande, roi • 31

---

H

de Haller-Vulliet Jacqueline • xi, 79, 181  
de la Harpe Jean D<sup>r</sup> • 5  
de la Harpe Philippe D<sup>r</sup> • 1, 2, 5  
de la Harpe, chapelain • 73  
Henny Jean-Michel • 168  
Herzog Édouard, pasteur • 167  
Heuyer Georges P<sup>r</sup> • 80  
Hochreutiner Georges D<sup>r</sup> • 1  
Hochreutiner M<sup>me</sup> • 20

---

J

Jacobi Abraham D<sup>r</sup> • 44  
Jaggi Lucie, Sœur • 89, 167  
Jaton M<sup>lle</sup> • 118  
Joël François D<sup>r</sup> • 8, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 63, 79, 112, 161, 167  
Joël François M<sup>me</sup> • 20  
Journot Philippe-Édouard • xi, 151, 168, 181  
Juillard Édouard P<sup>r</sup> • 106, 128

---

K

Kitasato Shibasaburo • 35  
Kursteiner D<sup>r</sup> • 60

L

---

Lambert M<sup>me</sup> • 20  
 Landry D<sup>r</sup> • 121  
 Lochmann • 125  
 Löffler • 35  
 Lücke Georg Albert P<sup>r</sup> • 30  
 Lude Louis D<sup>r</sup> • 123

M

---

Mahr-Thévoz Nancy • xi, 163, 181  
 Marchand Léona, Sœur • 23, 167  
 Margot Georges • 86  
 Margot M<sup>me</sup> • 86  
 Martin Édouard • 28  
 Martin Henri D<sup>r</sup> • 27, 161  
 Mathey D<sup>r</sup> • 20  
 Matile Jacques • 95, 105, 111, 129, 130, 144, 157, 163, 168  
 Mayor Georges D<sup>r</sup> • 119, 135  
 Mellina Joël • 140  
 Mercanton Victor D<sup>r</sup> • 27, 30, 31, 32, 33, 35, 42, 47, 48, 52,  
 67, 161, 162, 167  
 Meyer Bernard • 98, 115, 142, 143, 163, 167  
 Meylan M<sup>me</sup> • 20  
 Monnard-Henchoz Roger • 96  
 Morax Jean D<sup>r</sup> • 27, 37, 50  
 Morel Marianne, Sœur • xi  
 van Muyden Aloys • 167  
 van Muyden Fédor M<sup>me</sup> • 76  
 van Muyden Paul • 1

N

---

Narbel D<sup>r</sup> • 60, 123  
 Nicod Marcel D<sup>r</sup> • 89, 98, 118

Nydegger Udin Martine D<sup>resse</sup> • 112

P

---

Pache • 20  
 Pahud Claude • 113  
 Paschoud Henri D<sup>r</sup> • 52  
 Paschoud Jean-Maurice D<sup>r</sup> • 123  
 Paschoud Pierre • 144  
 Pauli Roger • xi, 130, 140, 144, 146, 149, 151, 167, 181  
 Perrin Jacques • 144, 146, 151, 168, 181  
 Picot Léon D<sup>r</sup> • 76, 89  
 Pidoux Philippe • 110  
 Pochon D<sup>r</sup> • 55  
 Prévost Jean-Louis D<sup>r</sup> • 44

Q

---

Quéloz Jean D<sup>r</sup> • 121

R

---

Raach D<sup>r</sup> • 60, 121  
 Rambert Paul P<sup>r</sup> • 57  
 Ramsperger Dora, Soeur • 27, 55, 167  
 Rau Blanche • 26  
 Rau Oscar, pasteur • 23, 26, 55  
 Rayer Pierre D<sup>r</sup> • 42  
 Recordon Frédéric D<sup>r</sup> • 12  
 Reinberg Olivier D<sup>r</sup> • 118, 159  
 Reinhardt Michaël D<sup>r</sup> • 124  
 Renaud Michel • xi, 130, 140, 142, 144, 164, 168, 181  
 Renevier Charles • 162  
 Renevier Eugène P<sup>r</sup> • 1, 14, 162  
 Repond André D<sup>r</sup> • 80  
 de Reynier Jean-Pierre D<sup>r</sup> • 90, 98, 118, 121, 130, 163

de Rham Edmond D<sup>r</sup> • 48, 167  
de Rham Nanon • 81, 84  
Rillet Frédéric D<sup>r</sup> • 8  
Rivier Dapples M<sup>me</sup> • 25  
Rochat Samuel • 2, 132, 167  
Roland Jacques, pasteur • 101  
Roux César P<sup>r</sup> • 30, 33, 34, 48, 49, 75, 76  
Rumpf D<sup>r</sup> M<sup>me</sup> • 84

---

S

Salina M<sup>lle</sup> • 140  
Santschi D<sup>r</sup> • 60, 75, 123  
Santschi M<sup>me</sup> • 60, 123, 162  
Santschi M<sup>lle</sup> • 60, 123  
Scholder Charles D<sup>r</sup> • 87  
Secretan Théodore, pasteur • 7  
Segond Victor, pasteur • 11  
Senaud Jules D<sup>r</sup> • 50, 60, 120, 162  
Senaud Paul D<sup>r</sup> • 120, 162  
de Sévery Augusta • 82, 86, 162  
Steinlen Aimé • 1, 23, 134, 167  
Steinlen-Germond Caroline • 1, 22, 23, 134, 162, 167

---

T

Taillens Clara, Soeur • 91, 92, 167  
Taillens Paul P<sup>r</sup> • 65  
Theinz Gérald P<sup>r</sup> • 143  
Thiébaud Sylviane D<sup>resse</sup> • 121  
Töpffer Rodolphe • 31

---

V

Verner M<sup>lle</sup> • 8  
Verrey Henri • 46, 47, 50, 162, 167

Verrey Henri M<sup>me</sup> • 20  
Verrey Jules, fils d'Henri • 47, 73  
Verrey Louis, père d'Henri • 1, 47  
Vodoz Antoine • 79, 168  
Vuillème Marcelle, Soeur • xi, 91, 95, 100, 167, 181  
Vulliet Henri D<sup>r</sup> • 48, 49, 58, 59, 60, 70, 72, 75, 76, 123, 130, 162  
Vulliet Maurice D<sup>r</sup> • 61, 62, 75, 76, 89, 95, 96, 98, 117, 162, 167  
Vulliet Véra D<sup>resse</sup> • 75, 84, 90, 137, 162

---

W

Wayss Christiane • xi, 79, 83, 84, 114, 163, 181  
Wille Louise • 80, 84

---

Z

Zahnd Pierre • 95  
Zwahlen Eugène • 97  
Zwahlen Henri • 89, 91, 95, 96, 130, 160, 168

# .ANNEXE 3.

## BIBLIOGRAPHIE

- « Biographie du Dr François Joël », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1893, p. 148
- Le centenaire de la Société Suisse de Pédiatrie: vers de nouvelles perspectives*, Genève, 2001
- Centième anniversaire de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande*, Lausanne, 1976
- Cinquantenaire de la Faculté de médecine de Lausanne 1890-1940*, Lausanne, 1940
- Clinique La Source, Cent ans, 1891-1991*, Lausanne, 1991
- École de soins infirmiers du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, 1932-1982*, Lausanne, 1982
- Les établissements pour malades en Suisse de 1936 à 1942*, Berne, 1945
- Étude sur la pédiatrie vaudoise. Compte rendu du rapport de la Commission d'étude*, Service de la santé publique de la planification sanitaire du Canton de Vaud, Lausanne, 1990
- « Hommage au Dr Henri Vulliet », *Revue médicale de la Suisse romande*, 54, 1934, pp. 135-159
- Ariès, Philippe, *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, 1962
- Audeoud Henri, « Vaccination antidiphthérique à Genève en 1933 », *Revue médicale de la Suisse romande*, 54, 1934, pp. 947-948
- , « Notes sur les origines et l'histoire de la Société suisse de pédiatrie », *Annales Paediatrici: Revue internationale de pédiatrie*, 169, 1947, pp. 246-249
- , « Vingt ans de vaccination antidiphthérique à Genève », *Revue médicale de la Suisse romande*, 71, 1951, pp. 112-114
- Barras, Vincent, « Histoire du médecin, de 1880 à nos jours », dans Louis Callebat (éd.), *Histoire du médecin*, Paris, 1999, pp. 269-307
- Baudraz, Benjamin / Allier, Jeanne-Marie, *Dr César Roux. Un si petit homme: Lettres à Anna Bégoune et à quelques autres correspondants*, Lausanne, 2003
- Bergier, Jacques, « La psychiatrie infantile hospitalière: évolution des enfants hospitalisés au Bercaïl pour des troubles névrotiques ou psychotiques », *Revue médicale de la Suisse romande*, 104, 1984, pp. 259-265
- , « La psychiatrie infantile hospitalière: évolution des enfants hospitalisés au Bercaïl pour une structure caractérielle pathologique, conséquence d'un abandon ou d'une carence affective précoce », *Revue médicale de la Suisse romande*, 105, 1985, pp. 455-464
- , *Le Bercaïl. 50 ans de psychiatrie infantile hospitalière*, Lausanne, 1988
- , *Traces de mémoire. Pédopsychiatrie et protection de l'enfance dans le Canton de Vaud au XX<sup>e</sup> siècle*, Lausanne, 2003

- Boven, William, « D<sup>r</sup> Lucien Bovet (1907–1951) », *Revue médicale de la Suisse romande*, 71, 1951, pp. 682–686
- Butticaz, Émile, *Catalogue général des œuvres de bienfaisance en Suisse pendant la guerre*, Lausanne, 1917
- Chevandier, Christophe, *L'hôpital dans la France du xx<sup>e</sup> siècle*, Paris, 2009
- Christ, Thierry, « De la bienfaisance privée à l'État social ? Mise en place, financement et contrôle du réseau hospitalier et institutionnel (orphelinats, hospices) à Neuchâtel (1815–1914) », *Revue historique neuchâteloise*, 1997, pp. 23–51
- Clavel, Jacques / Chausson, Jacques David, *La pérennité d'une vocation : Asile des aveugles, Lausanne : centre d'accueil, d'instruction et d'adaptation pour aveugles et faibles de vue : 1843–1993*, Lausanne, 1993
- Coutaz Gilbert, *Archives cantonales vaudoises. Histoire de l'administration cantonale vaudoise : pouvoir exécutif et administratif 1886–1970*, Chavannes-près-Renens, 2006
- , *Archives cantonales vaudoises. Histoire de l'administration cantonale vaudoise : pouvoir exécutif et administratif 1970–1998*, Chavannes-près-Renens, 2007
- , *Archives cantonales vaudoises. Histoire de l'administration cantonale vaudoise : pouvoir exécutif et administratif 1998–2007, suivie du bilan de deux cent ans d'histoire de l'administration cantonale vaudoise 1803–2007*, Chavannes-près-Renens, 2008
- Derieux, Suzanne, *Les sept vies de Louise Croisier née Moraz*, 2 t., Lausanne, 1986
- Donzé, Pierre-Yves, *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*, Genève, 2003
- , *L'ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840–1960)*, Lausanne, 2007
- Droux, Joëlle / François, François (éds), *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire, histoire des soins infirmiers au XIX<sup>e</sup> siècle*, Genève, 1992
- Droux, Joëlle, *L'attraction céleste : la construction de la profession d'infirmière en Suisse romande : XIX<sup>e</sup>–XX<sup>e</sup> siècles*, Thèse de doctorat en histoire, Université de Genève, 2000
- , « Pédiatres et pédiatrie à Genève : l'enfance de l'art [1880–1950] », dans : Suzanne Suter (éd.), *Âges et visages de la pédiatrie. La genèse du Département de pédiatrie*, Genève, 2001, pp. 43–60
- Exchaquet, Louis, « Henri Vulliet », *Revue médicale de la Suisse romande*, 54, 1934, pp. 139–146
- Francillon, Denise, « La Source. Enjeux et perspectives d'une école-hôpital », *Mémoire vive*, 1992, pp. 33–42
- , *La Source en images : 150 ans d'histoire 1859–2009*, Lausanne, 2009
- Francillon, Denise / Braunschweig, Sabine, *Cultiver les valeurs professionnelles : 100 ans de l'ASI, 1910–2010*, Chêne-Bourg, 2010
- Gilliand, Pierre, *Vieillesse démographique et planification hospitalière. Étude fondée sur les données de la Suisse et du canton de Vaud*, Lausanne, 1969
- Gottraux-Biancardi, Elena, *L'âge d'or de la Ligue vaudoise contre la tuberculose*, Mémoire de licence, Université de Genève, 1987

- Halpern, Sydney A., *American Pediatrics. The Social Dynamics of Professionalism 1880–1980*, Berkeley, 1988
- Joël, François, « Hospice de l'enfance à Lausanne. – Compte rendu du service pour l'année 1868 », *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, Lausanne, 1869, pp. 104-108
- Kaba Mariama, « La diphtérie à Genève à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle: l'entrée en scène de la bactériologie et l'emploi de la sérothérapie », *Gesnerus-Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences*, 61, 2004, pp. 37-56
- , *Histoire sociale, médicale et culturelle du corps infirme en Suisse romande (XIX<sup>e</sup>–début XX<sup>e</sup> siècle)*, Thèse de doctorat en histoire, Université de Lausanne, 2011
- Lacharme, Cécile / Barras, Vincent, « L'Hospice cantonal », dans C. Chuard, E. Hofmann, F. Jequier et al. (éds), *Vaud sous l'Acte de Médiation 1802–1813. La naissance d'un canton confédéré*, Lausanne, 2002, pp. 176-181
- Lanza, Yvan, *Exercer la pédiatrie en contexte multiculturel. Une approche complémentariste du rapport institutionnalisé à l'Autre*, Genève, à paraître (2011).
- Lescaze, Bernard, *Sauver l'âme, nourrir le corps, de l'Hospice général à l'Hospice général de Genève 1535–1985*, Genève, 1985
- Lüthi, Dave, *Le compas & le bistouri. Architecture de la médecine et du tourisme curatif (1760-1940)*, Lausanne, à paraître (2011)
- Maison, Marc, *Historique de l'École d'infirmières La Source 1920–1975*, Lausanne, 1976
- Marcel, D<sup>r</sup>, « Notices sur le D<sup>r</sup> Ph. De la Harpe », *Revue médicale de la Suisse romande*, 2, 1882, pp. 225-227
- Mellina, Joël, 2006, *Mets les voiles! Une aventure éducative*, Grolley, 2006
- Morax, Jean, *Statistique médicale du Canton de Vaud comprenant la Climatologie, l'Ethnologie, la Démographie, les Causes de Décès, les Institutions sanitaires, les Établissements hospitaliers, la Liste et la Biographie des Médecins du Pays et du Canton de Vaud*, Lausanne, 1899
- Pétavel, J., « L'Hôpital des enfants de Plainpalais », *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, 1873, pp. 28-30
- Pitteloud, Jean-François, « La belle époque de la philanthropie genevoise », *De l'utopie à la réalité. Actes du colloque Henry Dunant*, Genève, 1988
- Premuda, Loris, « La naissance des spécialités », dans: Grmek, Mirko (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 3, Paris, 1999, pp. 253-269
- Reinbold, Paul, « Les travaux d'Henri Vulliet », *Revue médicale de la Suisse romande*, 54, 1934, pp. 152-155
- Revilliod, Eugène, *Hôpital Gourgas 1872–1922. Notice historique*, Genève, 1923
- Rey, Alain, *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, 1992
- de Reynier, Jean-Pierre, « L'Hôpital de l'Enfance de 1861 à 1979 », *Revue médicale de la Suisse romande*, 100, 1980, pp. 557-565
- Rieder, Philip, « L'enfance "médicalisée": philanthropie et médecine à Genève au XIX<sup>e</sup> siècle », dans: Suter, Suzanne (éd.), *Âges et visages de la pédiatrie. La genèse du Département de pédiatrie*, Genève, 2001, pp. 29-40

- , *Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876–1920)*, Lausanne, 2009
- , (éd.), *À l'orée de la vie. Cent ans de gynécologie et d'obstétrique à la Maternité de Genève*, Genève, 2007
- Rosen, George, « Changing attitudes of the medical profession to specialization », *Bulletin of the History of Medicine*, 16, 1942, pp. 343-354
- Rouge, Louis, « Étude sur l'assistance des malades et sur les hôpitaux », *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, 1873, pp. 208-229
- Saudan, Guy, *La médecine à Lausanne, du XVI<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle*, Lausanne 1991
- Secretan, Théodore, « Œuvres philanthropiques », *La Suisse au XIX<sup>e</sup> siècle*, Lausanne, 1901, pp. 329-353
- Segond, Victor, *Annuaire philanthropique vaudois*, Lausanne, 1883
- , *La bienfaisance dans le Canton de Vaud. Deuxième édition revue et augmentée de l'Annuaire philanthropique vaudois*, Nyon, 1895
- Spahr, André, *Trente ans de pédiatrie en Valais (1957–1987)*, Sierre, 2009
- Suter, Suzanne (éd.), *Âges et visages de la pédiatrie. La genèse du Département de pédiatrie*, Genève, 2001
- Taillens, Jules, « La clinique infantile de Lausanne », tiré-à-part du *Nourrisson*, Paris, 1926
- Tavera, Marie, *150 ans de soins : Yverdon, de l'infirmier à l'hôpital*, Yverdon-les-Bains, 2007
- Tavera, Marie / Barras, Vincent, *Histoire de la Métairie*, Nyon, 2009
- Vincent, Jules, *Aux écoutes de la souffrance. Histoire de l'Institution des diaconesses de Saint-Loup publiée, à l'occasion de son centenaire, par le Conseil Général, 1842–1942*, Lausanne, 1942
- Vulliet, Maurice, *La chirurgie infantile*, Lausanne, 1936
- Weisz, George, « The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century », *Bulletin of the History of medicine*, 77, 2003, pp. 536-557
- , *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, Oxford, 2006.

# .ANNEXE 4.

## SOURCES

### FONDS HEL

« Asile de l'Enfance registre des inscriptions 1861–1871 », manuscrit

Classeur des comptes annuels, manuscrit, 1948–1954

« Hospice de l'Enfance 1871–1880 », Registre des inscriptions, manuscrit

Livres de comptes, « Agenda Recettes et dépenses », frais quotidiens, manuscrit, 5 volumes : 1933 à 1937

Livre de comptes annuels, 1912–1917

Livre de comptes mensuels, manuscrit, janvier 1901 à janvier 1909

Livres des dépenses : 1930–31 ; 1932–34 ; 1935–36 ; 1937–39 ; 1940–42 ; 1943–45 ; 1946–51 ; 1951–53

Livres des frais mensuels détaillés, 2 volumes manuscrits : juillet 1925–septembre 1928 ; octobre 1928–octobre 1929

Livres des recettes : 1930–31 ; 1932–34, 1935–36 ; 1937–39 ; 1940–42 ; 1943–45 ; 1946–48 ; 1949–52 ; 1952–53

Panneaux de l'exposition « Peluche et bistouri » (IUHMSP)

Procès-verbaux manuscrits des séances du comité, 4 volumes : 2 mars 1888 au 16 mai 1910 ; 20 juillet 1910 au 18 mai 1917 ; mai 1917 à décembre 1929 ; avril 1950 à mai 1966

*Rapports annuels*, 1863–2009, exceptées les années 1864, 1865, 1867, 1870, 1871, 1873, 1911 à 1915, 1917 à 1921

*Recettes et dépenses*, agenda quotidien, 5 volumes, 1933 à 1937

Registre des comptes, recettes et dépenses mensuelles, rubriques imprimées, chiffres manuscrits, 1 volume : janvier 1926 à 1930

Registre des rayons X, 1 volume manuscrit « Rayons X », 1913–1949

Registre des sorties, manuscrit : 1943 et 44 ; 1904–1910 ; 1911–1913 ; 1914–1916 ; 1917–1920 ; 1926–1929 ; 1930–1932 ; 1933–1934

Registres des patients, 8 volumes manuscrits : 1887–92 ; 1893–1903 ; 1921–25 ; 1935–36 ; 1937–38 ; 1939–40, 1941–42, 1945–46

Registres des vaccinations, 3 volumes : octobre 1948–mai 1951 (antidiphthérique et antivariolique) ; mai 1951–mai 1952 (antidiphthérique et antivariolique) ; mars 1946–novembre 1948 (sans mention de maladie)

Registres du personnel, 5 volumes manuscrits : 1922–28 ; 1929–33 ; 1934–41 ; 1942–46 ; 1947–48.

### Documents légaux imprimés

- « Acquisition de la propriété de l'Hospice de l'Enfance, Avenue d'Échallens, 9. Préavis », 7 janvier 1910
- « Acquisition de la propriété de l'Hospice de l'Enfance 9, av. d'Échallens. Rapport de la commission », 12 février 1910
- Convention entre l'État de Vaud et la Fondation du HEL, 1986, entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1987
- « Décret du 27 novembre 1865, reconnaissant comme personne morale l'Hospice de l'Enfance de Lausanne »
- « Exposé des motifs et projet de décret garantissant les emprunts destinés à l'agrandissement de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne », 14 septembre 1973
- « Exposé des motifs et projet de loi sur la planification et financement des établissements sanitaires d'intérêt public modifiant la loi du 9 décembre 1952 sur l'organisation sanitaire », 16 août 1978
- « Hospice de l'Enfance de Lausanne. Acte de fondation. Statuts. Décret de reconnaissance », 27 novembre 1865
- Loi du 25 mai 1977 sur l'enseignement spécialisé
- Loi du 5 décembre 1978 sur la planification sanitaire
- Projet de loi de 1993 sur les hospices cantonaux
- Rapport de juin 1992 sur la politique sanitaire
- Statuts de l'Hospice de l'Enfance, mai 1916.

### Documents légaux manuscrits

- « Acte de fondation et Statuts de l'Hospice de l'Enfance de Lausanne. Du 19<sup>e</sup> Mai 1864 »
- Acte de vente établi par le notaire Jacques Vallotton, 22 janvier 1866
- « Concession à bien-plaire passée par la Commune de Lausanne en faveur de l'Hospice de l'Enfance de Lausanne », 19 septembre 1866
- Déclaration de vente, Jean Abram Delisle, 25 septembre 1863
- Décret du Grand Conseil du Canton de Vaud, reconnaissant comme personne morale l'Hospice de l'Enfance de Lausanne, 16 décembre 1865.

### Tapuscrits et imprimés divers

- Communiqué de presse et textes de la conférence de presse du 8 septembre 1994, avec présentation des orateurs, de l'Unité de diabétologie pédiatrique et du Service de pédopsychiatrie de liaison
- Convention entre l'État de Vaud et la Fondation de l'Hôpital de l'enfance, 1986
- Correspondance diverse, XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles
- Coupures de presse diverses, XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles
- Étude concernant une éventuelle réorganisation de la pédiatrie lausannoise, Collège des médecins de l'Hôpital de l'enfance, 1987
- Étude sur la pédiatrie vaudoise. Compte rendu du rapport de la Commission d'étude*, Canton de Vaud, Service de la santé publique et de la planification sanitaire, 1990

*Hôpital de l'enfance de Lausanne, Livre Blanc,*  
Collège des médecins de l'Hôpital de l'enfance,  
1997

Plans divers, XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles

PV de réunions et séances de préparation du 125<sup>e</sup>  
anniversaire de l'Hôpital de l'enfance  
de Reynier Jean-Pierre, « L'Hôpital de l'Enfance de  
1861 à 1979 », sans date

Textes des discours du 125<sup>e</sup> anniversaire de  
l'Hôpital de l'enfance.

## AUTRES SOURCES

### Archives cantonales vaudoises–Lausanne

#### *Dossiers ATS*

Burnier Auguste  
Bovet Lucien  
Combe Adolphe  
de Cérenville Max  
Exchaquet Louis  
Mercanton Victor  
Raach Robert  
de Rham Edmond  
Steinlen Aimé

#### *K VIII.a Secours publics*

\*42 Protocole de la Commission des hospices  
(1849–1870)

#### *K VIII.b Police sanitaire*

6 Protocoles des séances du Conseil de Santé et  
des Hospices (1885–1916)

\*18 Documents épars sur l'Hôpital cantonal et  
divers hospices (1831–1886)

151 Règlements des hôpitaux et rapports

#### *QG. Imprimés non officiels vaudois*

Rapports annuels épars des divers établissements  
hospitaliers vaudois.

### Fonds Lucien Bovet (archives privées)

D<sup>r</sup> Maurice Vulliet, *La chirurgie infantile,*  
Lausanne, 1936, 20 p.

D<sup>r</sup> Louis Exchaquet, « Un cas de progéria », extrait  
de la *Revue Française de Pédiatrie*, tome XI,  
n<sup>o</sup> 4, Paris, 1935.

## ENTRETIENS ORAUX

Jacqueline de Haller-Vulliet  
Susanne Derieux  
Pierre-André Duc  
Olivier Exchaquet  
Sergio Fanconi  
Mario Gehri  
Philippe-Édouard Journot  
Nancy Mahr-Thévoz  
Roger Pauli  
Jacques Perrin  
Michel Renaud  
Marcelle Vuillème  
Christiane Wayss.



# .ANNEXE 5.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AI	Assurance invalidité	DPSA	Département de la prévoyance sociale et des assurances
AIPE	Association internationale de la protection de l'enfance	DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
AIV	Association des infirmeries vaudoises	DUPG	Département universitaire de pédiatrie et de génétique
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers	EESP	École d'études sociales et pédagogiques
ASID	Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés	FAREAS	Fondation d'aide aux requérants d'asile
APA	Activités physiques adaptées	FMH	Fédération des médecins suisses
AVOP	Association vaudoise des Œuvres privées	GHRV	Groupement des hôpitaux régionaux vaudois
AVTES	Association vaudoise des travailleurs de l'éducation spécialisée	HEL	Hôpital de l'enfance de Lausanne
BSMSR	Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande	HMI	Alliance suisse des infirmières diplômées en hygiène maternelle et infantile
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois	HOSR	Hôpital orthopédique de Suisse romande
CPJ	Centre psychothérapeutique de jour	HUG	Hôpital universitaire de Genève
CPT	Centre psychothérapeutique	LAMA	Loi sur l'assurance maladie et accident
DFJ	Département de la formation et de la jeunesse	MFH	Migrant Friendly Hospital
DI	Département de l'intérieur	NOPS	Nouvelles orientations de la politique sanitaire
DIPC	Département de l'instruction publique et des cultes	OFSP	Office fédéral de la santé publique
DISP	Département de l'intérieur et la santé publique	OMPV	Office médico-pédagogique vaudois
DMCP	Département médico-chirurgical de pédiatrie	OMS	Organisation Mondiale de la Santé deviendra le SUPEA
		OMSP	
		OMSV	Organisme médico-social vaudois
		ORL	Oto-rhyno-laryngologie

PALS	Pediatric Advanced Life Support
PAS	Préparation accompagnement soutien
RHUSO	Réseau hospitalier universitaire de Suisse occidentale
SES	Service de l'enseignement spécialisé
(SPJ ?)	Service de la protection de la jeunesse
SPSAS	Service de prévoyance sociale et d'assistance sociale
SSP	Service de la santé publique
SSPPS	Service de la santé publique et de la planification sanitaire
SUPEA	Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
UHC	Unité d'hospitalisation courte
UPCOT	Unité pédiatrique de chirurgie orthopédique et traumatologique
USUALS	Unité de soins aigus long séjour
VESKA	Association suisse des établissements hospitaliers

# .ANNEXE 6.

## CRÉDITS

### ARCHIVES DE L'HÔPITAL DE L'ENFANCE DE LAUSANNE (HEL)

pp. 4, 15, 17, 19, 20, 24, 25, 26, 30, 31, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 48, 51, 53, 54, 56, 57, 61, 68, 69, 71, 73, 74, 76, 77, 78, 80, 82, 85, 87, 88 (© Yves Debraine), 93, 107, 108, 109, 112 (© H. Golay), 114 (© Édouard Baumgartner), 115, 118 (© Édouard Baumgartner), 119 (© Claude Bornand), 120, 122, 125 (© Édouard Baumgartner), 126 (© Édouard Baumgartner), 133, 135, 136, 137, 138, 139 (© Claude Bornand pour la photo du haut), 149, 150, 151, 152, 154, 155, 157 (© Claude Bornand), 158, 161, 163, 166.

### ARCHIVES DE L'INSTITUTION DES DIACONESSES DE SAINT-LOUP

pp. 8, 23, 66.

### CEMCAV-CHUV

p. 111

### INSTITUT UNIVERSITAIRE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE (IUHMSP)

pp. 6, 64, 65, 72, 81 (album photo de M<sup>me</sup> et M. le Pr Hans Steck, années 1936–1960)  
*Collection MHL*: pp. 10, 33  
*Fonds LTV*: p. 55.

### REPRODUCTIONS TIRÉES D'OUVRAGES

Théodore Secrétan, «Œuvres philanthropiques», *La Suisse au XIX<sup>e</sup> siècle*, sous la direction de Paul Seippel, Lausanne / Berne, 1901, p. 343 : p. 12

Jean Morax, *Statistique médicale du Canton de Vaud comprenant la Climatologie, l'Ethnologie, la Démographie, les Causes de Décès, les Institutions sanitaires, les Établissements hospitaliers, la Liste et la Biographie des Médecins du Pays et du Canton de Vaud*, Lausanne, 1899, p. 46 : p. 36.



- *Body, Disease and Treatment in a Changing World. Latin texts and contexts in ancient and medieval medicine (Proceedings of the ninth International Conference "Ancient Latin Medical Texts", Hulme Hall, University of Manchester, 5<sup>th</sup>-8<sup>th</sup> September 2007)*  
D. LANGSLOW and B. MAIRE (eds), XVIII et 404 p., 2010
- *Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876-1920)*  
Ph. RIEDER, XII et 392 p., 2009
- *Le style des gestes. Corporéité et kinésie dans le récit littéraire*  
G. BOLENS avec une préface d'A. BERTHOZ, XIV et 156 p., 2008
- *La médecine dans l'Antiquité grecque et romaine*  
H. KING et V. DASEN, XII et 130 p., ill. et dessins n/b, 2008
- *L'ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840-1960)*  
P.-Y. DONZÉ avec un avant-propos de J. V. Pickstone, XX et 369 p., 2007
- *Medicina, soror philosophiae. Regards sur la littérature et les textes médicaux antiques (1975-2005)*  
Textes réunis et édités par B. MAIRE, Préface de J. PIGEAUD  
Ph. MUDRY, XXIV et 545 p., 2006
- *Bâtir, gérer, soigner – Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*  
P.-Y. DONZÉ, 388 p., 33 ill. n/b, 2003
- *Visions du rêve*  
Sous la direction de V. BARRAS, J. GASSER, Ph. JUNOD, Ph. KAENEL et O. MOTTAZ, 288 p., 2002
- *Rejetées, rebelles, mal adaptées – Débat sur l'eugénisme – Pratique de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XX<sup>e</sup> siècle*  
G. HELLER, G. JEANMONOD et J. GASSER, 2002
- *Médecins voyageurs – Théorie et pratique du voyage médical au début du 19<sup>e</sup> siècle*  
D. VAJ, 348 p. 150 ill. n/b, 2002
- *La médecine à Genève jusqu'à la fin du 18<sup>e</sup> siècle*  
L. GAUTIER, 746 p., 11 ill., 2001

- *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe 1750-1815 – Politique, institutions et savoirs*

O. KEEL, 544 p., 2001

- *Soigner et consoler – La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime (Genève 1750-1820)*

M. LOUIS-COURVOISIER, 336 p., 2000

**Sources**  
en perspective

- Samuel Auguste Tissot, *De la Médecine civile ou de la Police de la Médecine*  
Édité par M. NICOLI avec une introduction de D. TOSATO-RIGO et M. NICOLI, LXX et 160 p., fac-similé, glosaire, index, 2009

- Gabriel Tarde, « *Sur le sommeil ou plutôt sur les rêves* ». *Et autres textes inédits*  
Édités par J. CARROY et L. SALMON, VIII et 228 p., index, 2009

- *Se soigner par les plantes. Les « Remèdes » de Gargile Martial*  
B. MAIRE avec un avant-propos de K. HOSTETTMANN et un dossier iconographique par M. FUCHS, XXXVI et 136 p., 2007

- *La formation des infirmiers en psychiatrie. Histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie 1961-1996 (ECVIP)*  
J. PEDROLETTI, VIII et 231 p., 2004

**Hors**  
**série**

- *L'Hôpital de l'enfance de Lausanne. Histoire d'une institution pionnière de la pédiatrie suisse*  
M. TAVERA & V. BARRAS, XII et 188 p., 2011

**À paraître**

- *Le compas & le bistouri. Architectures de la médecine et du tourisme curatif: l'exemple vaudois (1760-1940)*  
D. LÜTHI avec une préface d'A.-M. CHÂTELET  
Série Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé
- *Le « courrier du corps au 18<sup>e</sup> siècle ». L'expérience de la maladie dans les consultations épistolaires adressées au D<sup>r</sup> Samuel Auguste Tissot (1728-1797)*  
S. PILLOUD, M. LOUIS-COURVOISIER et V. BARRAS  
Série Sources en perspective
- *Les mots du corps. L'expérience de la maladie dans les consultations épistolaires adressées au D<sup>r</sup> Samuel Auguste Tissot (1728-1797)*  
S. PILLOUD  
Série Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé
- *Maladies en lettres, 17<sup>e</sup>-21<sup>e</sup> siècles*  
Sous la direction de V. BARRAS et M. DINGES  
Série Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

- *Entre neurosciences, médecine et culture: comment expliquer l'action humaine*  
R. SMITH  
Série Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

bhms@chuv.ch  
www.chuv.ch/iuhmsp/ihm\_bhms

---

*Cercle des lecteurs et des lectrices des Editions BHMS:*  
[http://files.chuv.ch/internet-docs/ihm/ihm\\_cerclebhms.pdf](http://files.chuv.ch/internet-docs/ihm/ihm_cerclebhms.pdf)

---

Achévé d'imprimer en Suisse en avril 2011  
Dépôt légal : avril 2011