

La médecine gratuite au XIXe siècle : de la charité à l'assistance Olivier Faure

#### Citer ce document / Cite this document :

Faure Olivier. La médecine gratuite au XIXe siècle : de la charité à l'assistance. In: Histoire, économie et société, 1984, 3e année, n°4. Santé, médecine et politiques de santé. pp. 593-608;

doi: 10.3406/hes.1984.1379

http://www.persee.fr/doc/hes\_0752-5702\_1984\_num\_3\_4\_1379

Document généré le 15/06/2016



## LA MÉDECINE GRATUITE AU XIXE SIECLE : DE LA CHARITÉ A L'ASSISTANCE

par Olivier FAURE

La prise en charge des soins médicaux par la Sécurité Sociale est une révolution si proche et si profonde qu'elle tend à oblitérer les tentatives antérieures en la matière. Si ses conséquences ont été largement étudiées, les cheminements qui ont permis d'v aboutir restent largement obscurs. Cet oubli et ce désintérêt sont particulièrement injustes pour le XIXème siècle. Si des soins gratuits ont existé bien avant la Révoluon ne peut oublier les « remèdes du roi » et les médecins des épidégion (1), mies (2) c'est le XIXème siècle finissant qui instaure un service national de médecine gratuite pour les indigents. La loi de 1893 vient couronner de multiples essais et lde longs débats au cours desquels ont été discutées et expérimentées toutes les quessions relatives au droit à l'assistance, aux mérites comparés de l'hôpital et du domicile Comme lieux de soins, aux rapports entre administration, médecins et malades et Fon se doute qu'un siècle qui a tant débattu de ces questions ait pu laisser quelques traces. C'est dire aussi qu'une étude sur ce thème peut mener loin : vouloir la mener L'est se condamner à rencontrer le discours des élites sur le peuple et de la médecine sur les malades, à visiter les hôpitaux, à accompagner les sœurs des campagnes dans leurs distributions de remèdes (3), à pénétrer dans les sociétés de secours mutuels (4) et les grandes entreprises (5), à poser enfin la question des croyances et des comportements des soignés face aux institutions et aux personnes chargées de guérir ou de soulager. Si l'on concentre ici l'attention sur la médecine publique à domicile c'est, outre des raisons matérielles, parce qu'elle nourrit le plus de débats et permet de retracer le plus clairement les étapes et les raisons qui mênent de la faculté à l'obligation et de la charité à l'assistance publique obligatoire.

#### REVES ET RÉALITÉS (VERS 1800 VERS 1850)

Malgré un climat favorable à l'instauration de secours médicaux à domicile gratuits, toutes les tentatives et les projets fondés principalement sur la charité semblent condamnés à échouer jusqu'au milieu du siècle.

François Lebrun, Médecins, saints et sorciers, Paris, 1983, pp.172-173.
 Jacques I éonard, Femmes, religion et médecine A.E.S.C., 1977, nº 5, pp.887-905.

<sup>1.</sup> Alain Croix, La Bretagne aux XVIe et XVIIe siècles, Paris, 1983, t.1, chap.XVIII. : S. Guilbert, « Les épidémies à Chalons-sur-Marne au XVe siècle », A.E.S.C., 1968, 6, pp.1-283-1-300, 1-291.

<sup>4.</sup> Olivier Faure, « Le rôle des sociétés de secours mutuels dans l'extension des soins », Prévenir, à paraître, 1984.

<sup>5.</sup> Pierre Guillaume, La compagnie des mines de la Loire, Paris, 1965, 248 pp., pp.146-156.

Tout en reprenant des idées antérieures, la période révolutionnaire lègue au XIXe siècle le droit à l'assistance sur lequel aucun gouvernement n'osera revenir officiellement, un cadre administratif (les bureaux de bienfaisance) et des projets consacrant le triomphe des soins à domicile sur l'hôpital (6). Par ailleurs, elle contribue à modifier l'attitude de l'opinion envers la médecine, comme en témoigne l'engouement des élites pour la vaccine (7), à multiplier le nombre des praticiens, à faire connaître, par les conquêtes, les systèmes existants en Italie ou en Allemagne (8).

Le début du XIXème siècle prolonge certaines de ces tendances, en particulier dans la dénonciation des hôpitaux. Mené au nom de l'hygiène et surtout de la morale, le combat anti-hospitalier finit par décrire les hôpitaux comme infestés de vagabonds et fuis par la population saine (9). Il reste donc des chefs d'ateliers, des artisans, des pauvres honteux à qui manquent tous les secours de la médecine et pour lesquels émerge l'idée de secours à domicile leur permettant de surveiller leurs enfants et leurs ouvriers (10). Pourtant d'autres observateurs – et parfois les mêmes – notent aussi que les hôpitaux sont encombrés et insuffisants. Ces deux opinions contradictoires sur l'hôpital sont ici complémentaires pour revendiquer l'organisation de secours à domicile. D'autres raisons, plus propres à la période, militent dans le même sens. Installer des médecins cantonaux c'est remédier à l'encombrement médical, combattre le charlatanisme (11) et, de plus en plus, mettre fin à l'abandon des campagnes considérées comme la partie saine du pays : « Le paysan est toujours en avance de ses sueurs et de son sang vis-à-vis de l'Etat qui ne lui fournit aucun secours pour la santé de son corps qui pourtant rapporte tant de substance à la patrie. » (12) Cette vision moins idéalisée des campagnes attire l'attention sur la mauvaise hygiène des campagnes, les risques des travaux des champs (13). Face à cela, pas d'hôpitaux, « privilège des indigents des villes », des pharmacies mal pourvues de produits souvent détériorés (14), des médecins trop rares. Dans cette redécouverte des campagnes, le souci politique n'est pas absent. Prendre soin de la santé du pauvre est un moyen de combattre l'antagonisme entre les différentes classes d'hommes. Le médecin est vite identifié comme « un intermédiaire du gouvernement auprès de la classe souffrante que seul il peut approfondir, juger et maîtriser » (15). « Il agira, le secours à la main et l'encouragement moralisateur à la bouche, à la fois sur le corps et sur l'esprit » (16). Ce faisant les auteurs renouent avec le populationisme. Les lacunes de l'assistance sont déjà dénoncées comme cause de l'exode rural, voire de la dégénérescence de la race (17).

<sup>6.</sup> Michel Foucault et Alii, Les machines à guérir, Paris, 1977, 241 pp., p.20.

<sup>7.</sup> Y.M. Bercé, Le chaudron et la lancette, Paris, 1984, 335 pp.

<sup>8.</sup> Ibid., p.137. F. Gille, Le traitement des malades à domicile, Paris, 1879, 498 pp., p.3.

<sup>9.</sup> L.J.A. Valat, Mémoire concernant un service rural de santé à fonder en France..., Paris, 1833, 192 pp., p.93.

<sup>10.</sup> Jacques Orsel, Essai sur les hôpitaux et les secours à domicile, Lyon, Paris, 1821, 198 pp., pp.15-16; Isidore de Polinière, Mémoire sur les hôpitaux et les secours à domicile, Lyon, 1821, 147 pp., p.115.

<sup>11.</sup> Jacques Léonard, Les médecins de l'ouest au XIXème siècle, Paris, 1978, 3 vol., 1570 + CCXLVIII p., t.2, pp.744-755.

<sup>12.</sup> L.J.A. Valat, op.cit., p.26.

<sup>13.</sup> A. et H. Combes, Les paysans considérés sous le rapport économique agricole, médical et administratif, Paris, 1853, 458 pp.; Clément Brault, De la médecine des pauvres en France, Paris, 1853, 99 pp., pp.27 à 29.

<sup>14.</sup> H.E. Dutouquet, De la condition des classes pauvres à la campagne, Paris, 1846, 112 pp., p.93.

<sup>15.</sup> C. Brault, op.cit., p.41.

<sup>16.</sup> H.E. Dutouquet, op.cit., p.47.

<sup>17.</sup> Brault, op.cit., p.56, pp.80-86.

Aussi conservateur et moralisateur que paraisse ce programme, il participe d'une volonté sincère de civiliser les campagnes et de « faire cesser la distance entre ruralité et urbanité », souhaitant parfois l'intervention de l'État et tenant la croissance du budget de l'État pour une preuve de civilisation (18). Enfin, beaucoup affirment qu'un tel système répondra aux besoins des populations et que leurs propositions ont parfois soulevé l'enthousiasme des paysans (19). Au-delà des différences ponctuelles des différents programmes (20), la plupart des observateurs s'accordent pour réclamer des médecins cantonaux ou de circonscription, des pharmacies, des dispensaires et l'ouverture des hôpitaux aux malades des campagnes.

Face à cette revendication croissante, les réalisations sont partielles, incomplètes. Elles ne touchent qu'une minime partie de la population dont elles n'arrivent pas à satisfaire les besoins.

Paradoxalement, les hôpitaux sont sûrement les plus gros fournisseurs de médecine ambulatoire gratuite. Dans les grandes villes il existe des consultations gratuites et des distributions de remèdes, mais elles ne sont guère encouragées (21), deviennent de simples maisons où l'on va chercher de l'aide (22) ou bien se contentent de « passer la foule souffrante à la consultation comme une troupe au défilé » (23). Les bureaux de bienfaisance n'assurent que rarement un tel service. Malgré des projets élaborés sous le Consulat, comme à Lyon(24), les distributions, souvent confiées aux sœurs(25), ne mettent en jeu que des sommes négligeables (26) ; ailleurs leur bilan est encore beaucoup plus dérisoire (27). Ces défaillances ou ces insuffisances suscitent la mise en place d'un autre système calqué sur la société philanthropique de Paris. Des personnes aisées achètent des cartes de souscription qu'elles confient à leurs pauvres, surtout des artisans, des pauvres honteux, qui grâce à elles reçoivent des secours gratuits (28). Le modèle est suivi à Lyon avec le Dispensaire Général (29) et par quelques médecins de l'arrondissement de Chateaubriant (Loire-Inférieure) (30). Ce système atteint pourtant vite ses limites. Plus soucieux de moraliser que de soigner il disperse ses efforts entre le médical et le religieux. Dans la pratique la charité appliquée aux soins n'a guère de succès. A Paris, la Société philanthropique ne soigne pas plus de 3 000 malades, le dispensaire de Lyon pas plus de 2 000 (31). Ce dernier reconnaît implici-

<sup>18.</sup> Brault, op.cit., p.85.

<sup>19.</sup> Alph. Loreau, De l'organisation de la médecine rurale en France, Paris, 1845, 24 pp., p.4.

<sup>20.</sup> J. Léonard, « Les médecins de l'Ouest », op.cit., t.II, pp.744-755.

<sup>21.</sup> Olivier Faure, Genèse de l'hôpital moderne, Lyon, 1982, 279 pp., p.140.

<sup>22.</sup> Jeanne Gaillard, Paris, la ville (1852-1870), Paris, 1977, 687 pp., pp.321-322.

<sup>23.</sup> Valat, op.cit., p.90.

<sup>24.</sup> Archives Municipales de Lyon (A.M.L.), Q. Bureau de bienfaisance, organisation, fonctionnement projets du 3 nivose an IX et 22 thermidor.

<sup>25.</sup> Archives municipales de Saint-Étienne (A.M.S.E.), 1 Q 11, traité du 27,9,1833.

<sup>26.</sup> A.M.L., Q, Comptes et Budgets - 1820-1850 ; A.M.S.E., 1 Q 2, registres de délibérations.

<sup>27.</sup> M.A. Laisné, Observations sur le service charitable dans les campagnes, Avranches, 1852,

<sup>28.</sup> D.B. Weiner, « The role of the doctor in Welfare work : the philanthropic Society of Paris (1780-1815) , in J.P. Goubert, La médicalisation de la société française, Réflexions historiques, vol.9, 1982, nº 1, 2, 304 pp., pp.279-304.

<sup>29.</sup> J. Navarre, Le livre d'or du dispensaire, Lyon, 1906, 295 pp. : Cl. Jouve, P. Pellegrin, Le Dispensaire Général de Lyon, thèse médecine, Lyon, sd. 21., 183 pp.

<sup>30.</sup> Laisné, op.cit., pp.5-6.
31. A.M.L. 16 et 17, comptes-rendus du dispensaire.

tement son échec en demandant sa reconnaissance légale et des subventions. Par ailleurs, dans les deux cas, trop de cartes sont données à des incurables, alors que les malades exclus se pressent en foule. C'est l'échec : trop peu de souscripteurs, trop de malades parmi lesquels les femmes et les chroniques remplacent les chefs d'ateliers escomptés.

Ailleurs il faut compter sur les hasards de la charité qui s'applique à la médecine dans la Nièvre, le Maine-et-Loire (32), la présence de sœurs nombreuses dans l'ouest mais aussi dans la Loire (33), les pharmacies des hôpitaux ruraux, plus ou moins légales. Avant 1850 les sociétés de secours mutuels sont rares et si elles accordent des indemnités journalières, elles prennent rarement en charge les soins médicaux et pharmaceutiques (34). Dans des lieux encore plus limités existent quelques services médicaux d'entreprises, encore bien balbutiants avant 1845 (35).

Face à cette insuffisance des initiatives privées, celles de l'administration sont bien partielles. Malgré les boîtes de remèdes (36) et les modestes secours en cas d'épidémies, les différentes circulaires pour assurer gratuitement l'accès des indigents aux eaux thermales (37) rien ou presque n'est fait au plan national. Plus importantes sont les initiatives locales. Dès 1810 la conjonction de l'exemple allemand, d'un préfet hors pair. Lezay-Marnésia, et du décret de 1808 sur la mendicité aboutit à la création de médecins cantonaux dans le Bas-Rhin (38). Petit à petit ce système gagne de proche en proche les régions de l'est (39). Des préfets, des conseils généraux le réclament dans la Nièvre (40), la Loire (41), mais le système n'est pas étendu, faute de moyens.

Les écrits et les tentatives multipliées finissent par porter la question sur la scène nationale. Débattue par les médecins lors du congrès de 1845, sans résultat (42), elle se retrouve dans le projet Salvandy sur l'enseignement et l'organisation de la médecine, qui propose l'instauration de médecins cantonaux (43). Malgré un rapport favorable de la commission qui trouve que les secours médicaux sont aussi nécessaires que ceux de la religion et de l'instruction le projet suscite de multiples oppositions.

Plus que les soupçons sur le rôle politique des médecins cantonaux, sur les dangers de la « fonctionnocratie » et le risque de perte d'indépendance des médecins, c'est le caractère d'obligation qui révulse les opposants et le fait que cette loi porte en germe le développement sans fin de l'assistance. Comment se garantir contre les sollicitations qui donneraient à cette œuvre une trop grande extension demande Montalembert qui conclut qu'il faudrait instaurer un service médical gratuit pour tous (44). Singuliè-

<sup>32.</sup> Laisné, *op.cit.*, p.4 : Valat, *op.cit.*, p.34.

<sup>33.</sup> J. Léonard, op.cit., 1.III. pp.1 298-1 309. Archives départementales de la Loire (A.D.L.) V 480 et V 476.

<sup>34.</sup> Guy Thuillier, Aspects de l'économie nivernaise, Paris, 1966, 553 pp., pp.287-289, 343.

<sup>35.</sup> Pierre Guillaume, op.cit., p.149.

<sup>36.</sup> Guy Thuillier, Pour une histoire du médicament, R.H.E.S., 1975, nº 1, pp.73-98, p.76.

<sup>37.</sup> Ichok, Recueil des textes officiels concernant la protection de la santé publique, 1.1. 1790-1830, Paris, 1938, 317 pp.

<sup>38.</sup> Archives départementales du Bas-Rhin. 5 M 29 et 5 M 33.

<sup>39.</sup> J. Léonard, op. cit., 1.2, p.744, note 87.

<sup>40.</sup> Guy Thuillier, Aspects..., op.cit., p.72.

<sup>41.</sup> A.D.L., Série N. Délibérations du Conseil Général, 1840, 1841.

<sup>42.</sup> J. Léonard, op.cit., t.2, pp.803-804.

<sup>43.</sup> Moniteur Universel, 18 février, 12 mai, du 5 au 10 juin, 1er juillet 1847.

<sup>44.</sup> Moniteur Universel, 1er juillet 1847.

rement restreint par la Chambre des Pairs et jamais voté par les députés, pour cause de révolution, le projet Salvandy inaugure une longue série de débats parlementaires sur la question.

Celle-ci n'a guère plus de chances sous la Seconde République. Les différents rapports et projets qui s'intéressent à toute l'Assistance sont vigoureusement antihospitaliers mais tous butent sur la question de l'obligation. Si le rapport Dufaure pose en principe que l'assistance est un devoir de la part de l'État (45), celui de Coquerel réaffirme que devoir pour la société ne signifie pas droit privé individuel (46). Avec Thiers il ne s'agit plus de l'accomplissement d'un devoir mais de la pratique facultative d'une vertu (47), et l'on peut soupçonner le rapporteur d'avoir exalté la vertu pour mieux se soustraire au devoir (48).

Malgré cette série d'échecs, la première moitié du XIXème siècle a permis aux questions d'assistance médicale d'acquérir droit de cité. Plus que le principe d'assistance, ce sont ses modalités traditionnelles qui sont remises en cause, par des expériences qui échouent, victimes de l'immensité des besoins plus que de l'indifférence.

### LE TEMPS DES EXPÉRIENCES (1854-1893)

Malgré ses échecs, la première moitié du XIXème siècle a eu le mérite d'établir aux yeux de tous la nécessité d'organiser un service de soins gratuits. Pendant que les conseils généraux en établissent dans la moitié du pays pour les campagnes, la plupart des grandes villes réforment leurs bureaux de bienfaisance dans un sens plus médical. Ces deux systèmes restent pourtant bien insuffisants face aux besoins qui se manifestent.

Les circulaires de 1854 et 1855 tirent les leçons des échecs législatifs antérieurs : elles se bornent à demander aux départements de créer de tels services à leur guise, à solliciter le vote de subsides départementaux et communaux sans promettre le moindre concours de l'État (49). Malgré ces conditions difficiles, 38 départements ont répondu positivement en 1861, 48 en 1865 pour satisfaire aux « désirs légitimes des malades indigents » (50). Pourtant beaucoup de départements manquent à l'appel, des riches et des pauvres, des ruraux et des urbains et ceci dans pratiquement toutes les régions. Dans l'Ouest l'opposition vient le plus souvent du souci de ne pas concurrencer les sœurs (51), alors que dans le Rhône ce sont surtout les médecins, déjà nombreux et craignant un renforcement de la concurrence, qui contribuent à limiter l'expérience à deux cantons dépourvus de praticiens (52). L'explication majeure des limites du système et de sa régression (38 départements en 1887) tient à son

<sup>45.</sup> Journal Officiel (J.O.), 2 décembre 1848.

<sup>46.</sup> J.O. du 6 mars 1849.

<sup>47.</sup> A. Thiers, Rapport de la Commission de l'assistance et de la prévoyance, Paris, 1850, 156 pp.

<sup>48.</sup> Congrès international d'assistance, Paris, 1889, tome 1, 560 pp., p.283 (Discours de H. Monod).

<sup>49.</sup> Bulletin officiel du Ministère de l'Intérieur, 1854, nº 10, pp.367-368 circulaire du 15 août 1854 et 1855, nº 8-9, pp.220-221 circulaire du 22 août 1855.
50. Id., 1867, nº 5, pp.118 à 122. Rapport à l'Empereur sur l'assistance médicale par M. de la

Valette.

<sup>51.</sup> Jacques Léonard, « Les médecins de l'Ouest », op.cit., t.II, pp.889-909.

<sup>52.</sup> Archives départementales du Rhône (A.D.R.), série N. Sessions du Conseil Général 1854 et 1855.

organisation même. L'État ne vote que des fonds dérisoires et les départements tentent de limiter le plus possible leur engagement si bien que les charges retombent essentiellement et de plus en plus sur les communes et les bureaux de bienfaisance (53).

Tableau 1 REPARTITION DES RECETTES DE L'ASSISTANCE MEDICALE

	1861-1865	1871	1873	1887
Etat	47 660	46 000	47 400	43 330
%	4,50	3,85	3,80	2,80
Départements	327 836	327 222	342 254	302 570
%	30,70	27,44	27,70	19,90
Communes + bureaux de bienfaisance %	623 262	798 227	757 118	1 149 335
	58,40	66,93	61,30	75,60
Divers (hospices, charité privée)	68 030	21 119	88 841	32 165
	6,40	1,77	7,20	2,10

Ainsi dans la Loire, le département n'hésite pas à voter des budgets déséquilibrés et à mettre le déficit à la charge des communes, puis à leur imposer une somme forfaitaire par indigent (54). On comprend donc le peu d'enthousiasme des communes pour établir de tels systèmes lorsqu'on les leur propose. Ainsi dans le Rhône, en 1880, seules 13 communes sur 257 y sont favorables! (55) Refus de l'État, désengagement des départements, faibles moyens des communes expliquent les résultats limités et déclinants d'un tel système :

Tableau 2 EVOLUTION DES SERVICES DE MEDECINE GRATUITE

	1865	1871	1873	1887
Départements	48		44	38
Inscrits	823 785	658 406	671 283	548 119
Soignés	251 026	149 714	141 396	185 473
% soignés	30,4	22,73	21,06	33,83
Dépenses	1 263 223	1 192 581	1 204 898	1 371 671
Dép./soignés	5,02	7,96	8,50	7,39

<sup>53.</sup> Pour 1861-65. Rapport à l'Empereur, Bulletin officiel... 1867, n<sup>6</sup> 5. Pour 1871. Enquête parlementaire sur l'organisation de l'A.P. dans les campagnes, Paris, Cerf, 1873, 598, 321, 841 pp., t.II, 2, pp.156-157. Pour 1873. Journal Officiel, 10 janvier 1875, annexe 2690. Rapport de la commission sur les projets Lestourgie, Tallon, Roussel. Pour 1887. Conseil supérieur de l'assistance publique, n<sup>6</sup> 9, 1889, 91 p. Mémes références pour le tableau 2.

54. A.D.L., Conseil Général, 1861, p.27, 1862, p.35, 28 août 1882.
55. A.D.R., série X, versement de 1951, liasse 52, circulaires de 19/5 et 22/11 1880.

DE LA CHARITÉ A L'ASSISTANCE

La deuxième difficulté vient de la croissance du pourcentage des soignés et de la dépense toujours plus grande du traitement individuel, due particulièrement aux remèdes. La dépense de médicaments pour chaque malade passe dans la Loire de 1,60 F à 3,30 de 1875 à 1895 et la pharmacie de 32 à 46 % des frais de traitement (56). Ici donc la médecine gratuite révèle une demande de soins réelle, en perpétuel accroissement, à laquelle le système mis en place ne peut répondre.

Au-delà de cet obstacle auquel se heurte la médecine gratuite, les réalités sont très diverses tant pour l'organisation que le fonctionnement. Une forte majorité de départements opte pour le système des circonscriptions avec médecin unique, quelques autres pour le médecin cantonal, aucun pour le libre choix. La rétribution du médecin se fait à l'abonnement dans 22 départements, à la visite dans 7, par un système mixte dans 4. Dans 3 départements les médecins ne sont pas payés. Presque partout existent des tarifs pharmaceutiques. Cette relative homogénéité réglementaire n'empêche pas une très grande diversité dans les résultats. Le nombre des inscrits va de moins de 2 % de la population dans l'Allier, l'Indre, la Nièvre, à plus de 10 % dans des lieux aussi différents que les Hautes-Alpes, l'Ile-et-Vilaine, le Pas-de-Calais, la Somme, les Vosges et la Corse. Mêmes écarts pour le pourcentage de soignés qui s'étale de moins de 20 % à près de 60 % sans beaucoup de logique géographique. La dépense par malade varie du simple au décuple (de 3 à 38 F), la part des remèdes dans la dépense de 20 à 80 % (57). L'inégalité et l'arbitraire sont avec le blocage les caractéristiques majeures de ces systèmes départementaux. Les systèmes d'assistance facultative et locale prouvent, comme leurs antécédents charitables, leurs limites et leur incapacité à satisfaire des besoins croissants.

Parallèlement les villes tentent de réorganiser leurs services de soins à domicile. Paris donne l'exemple d'abord dans le 5e arrondissement, puis dans toute la ville où un arrêté de 1853 institue un service médical gratuit qui désormais s'étend largement hors des frontières de l'indigence et auquel la demande répond très rapidement au point qu'on se demande si elle ne préexistait pas à la mise en place de ce système (58).

A Lyon l'extension des soins à domicile ne vient pas du Dispensaire général. En apparence celui-ci se développe, place 1 000 cartes par an à la fin du Second Empire mais les deux tiers sont aux mains des sociétés charitables et des comités de paroisse qui présentent les trois-quarts des malades. Or ceux-ci sont bien plus pauvres que malades si bien qu'il faut leur fournir bons de viande et secours en argent et « l'œuvre originale du dispensaire tourne en une sorte de bureau de bienfaisance » (59). Face à cette situation et aux insuffisances du bureau de bienfaisance les projets se multiplient : les uns tiennent pour un système de polycliniques à l'allemande, les autres pour transformer le Dispensaire en service municipal (60). C'est finalement du bureau

<sup>56.</sup> A.D.L., Conseil Général.

<sup>57.</sup> Conseil supérieur de l'assistance publique (C.S.A.P.), n<sup>0</sup> 9, 1889. Pour la diversité quelques exemples : Beyt (J.P.), La médecine de bienfaisance et d'assistance dans le Pas-de-Calais, Revue du Nord, oct.-déc. 1983. Simonin (Dr.), Rapport sur le service départemental de l'A.M. de Meurthe-et-Moselle, Nancy, 1877, 96 pp.

<sup>58.</sup> Gaillard Jeanne, op. cit., pp.326 à 330.

<sup>59.</sup> Navarre, « Le livre d'or du dispensaire », op.cit., pp.72-73.

<sup>60.</sup> Bourland-Lusterbourg (J.-P.), L'assistance publique à Lyon, Paris, 1868, 163 p., pp.121-122. Gubian (Louis), Projet de réorganisation de l'assistance à domicile par l'intermédiaire du Dispensaire, Lyon, 1868, 23 pp.

de bienfaisance que vient la solution. A partir de 1856 les médecins sont payés et en 1868 le service médical est organisé officiellement mais sur des bases encore bien restreintes. Le règlement exclut les chroniques et les maladies aiguës graves, limite le nombre d'ordonnances et de visites (61). Jusqu'aux années 1880 la dépense reste fixée imperturbablement à 1,40 F par indigent et par an, soit 7 % des secours distribués (62). Comme dans les campagnes, les pressions sont fortes et les crédits souvent dépassés, parfois largement. Ce n'est qu'en 1883 que le service est réorganisé sur le modèle parisien : médecins nommés au concours, circonscriptions, consultations spécialisées, service d'accouchement. Sauf dans les quartiers périphériques les médicaments sont fournis à bon prix par la pharmacie des hôpitaux (63). Là aussi les besoins se transforment en une demande vite croissante : 25 000 inscrits dès les premières années, une dépense par inscrit qui passe de 4 à 7 F de 1885-89 à 1890-94, 100 000 F de crédits dont les deux tiers pour la pharmacie, vingt pour cent du total des secours distribués.

Dans la ville industrielle voisine de Saint-Étienne les secours restent aux mains de 12 sœurs de Saint-Vincent de Paul qui gèrent une sorte d'hôtel de la charité : les visites médicales et les consultations (effectuées gratuitement) sont rares (1 960 en 1881), les secours médiocres (4 000 F de remèdes pour 10 000 indigents), 3 % des secours (64).

Là aussi c'est en 1883 que la municipalité, face au refus du bureau de bienfaisance de se la ciser, met en place un service complet qui comprend, outre le service classique, un service médical de nuit, un bureau d'hygiène, la vaccination, l'inspection des écoles et un service d'accouchement (65). C'est un système du même genre, associant consultations dans les hôpitaux, bureau de bienfaisance et dispensaires que l'on retrouve à Reims au début des années 1880 (66) et à Rouen en 1881 (67).

Malgré une extension indéniable, les services médicaux mis en place sont fragiles et inégaux. Ces lacunes n'échappent pas à de nombreux observateurs qui réclament leur extension et ce qu'elle implique. Si certains observateurs se contentent de dénoncer l'incohérence du système et de demander la généralisation de ce genre de service (68), d'autres demandent l'intervention de l'État, voire même l'instauration de la charité légale et obligatoire en ce domaine (69), le droit à l'assistance pour les indigents malades. Ces revendications dépassent les seuls philanthropes. Dans l'enquête de 1872 sur l'assistance publique (70), 60 conseils généraux sont favorables à ce système

<sup>61.</sup> Règlement pour le service médical, Lyon, 1868, 4 pp.

<sup>62.</sup> A.M.L., Bureau de bienfaisance. Comptes et budgets 1883-1882.

<sup>63.</sup> A.M.L. Documents relatifs au projet de budget de 1883, Lyon, 1882, 295 pp.

<sup>64.</sup> A.M.S.E., 1 Q 3, Projet d'organisation d'un service médical de jour au bureau de bienfaisance, 1881.

<sup>65.</sup> A.M.S.E., 4 Q 12. Délibérations du Conseil Municipal du 17 novembre 1883.

<sup>66.</sup> Henri Henrot, Rapport sur l'A.P. à Reims, Reims, 1883, 32 pp.

<sup>67.</sup> Yannick Marec, Le « Clou » rouennais: du Mont de piété au Crédit municipal, Rouen, 1983, 232 pp., p.120.

<sup>68.</sup> P. Hubert-Valleroux, De la charité avant et depuis 1789 dans les campagnes de France, Paris, Guillaumin, 1890, 435 pp. Delpech, Rapport à M. le Ministre de l'Intérieur sur l'extension de l'aide médicale, Paris, 1877, 33 pp. H.J.B. Davenne, De l'organisation et du régime des secours publics en France, Paris, 1865, 2 vol.

<sup>69.</sup> N. Anquetin, De l'assistance publique et du service de santé dans les communes rurales. Rouen, 1863, 43 pp.; Émile Chevallier, De l'assistance dans les campagnes, Paris, 1889, 436 pp.

<sup>70.</sup> Enquête parlementaire... op.cit., t.I, vol.1, pp.18, 21.

(sur 72). 28 en demandent l'extension à toutes les communes. Seuls trente sont opposés au recours aux centimes additionnels. Comme le dit un observateur « on ne peut parler d'organisation sérieuse de la médecine publique si l'on ne veut pas parler d'argent » (71). Philanthropes, conseils généraux, sociétés d'agriculture et de médecine affirment tous les besoins incessants, voire même les revendications populaires à ce sujet. Comme l'exprime le Conseil général de la Somme « ce n'est point le rêve d'un esprit généreux qui a inventé l'assistance médicale : c'est la nécessité venant frapper à la porte de ceux qui savent et de ceux qui jugent, en leur signalant l'impérieux besoin » (72). Belle façon de confirmer ce que disent les statistiques. La grande nouveauté de cette littérature de la fin du Second Empire et des débuts de la Troisième République, c'est la réapparition de l'hôpital, enfin réhabilité. Si les réticences des campagnards et la dénonciation des hôpitaux sont toujours affirmées de façon stéréotypée, on dénonce en même temps la non application de la loi de 1851 (73), et certains vont même jusqu'à demander la création d'un hôpital par canton, ou au moins de plusieurs par arrondissement (74).

La mise en place de services médicaux gratuits, malgré ses insuffisances, permet de montrer l'ampleur des besoins et des revendications en ce domaine, phénomène enfin pris en compte par les nouvelles autorités qui ne peuvent désormais trop ignorer les souhaits de leurs mandants.

# LA MISE EN PLACE D'UNE LOI D'ASSISTANCE OBLIGATOIRE ET SON FONCTIONNEMENT

Soucieuses de renouer avec la Seconde République, de répondre aux vœux de plus en plus unanimes des populations et de remédier aux insuffisances de l'état de chose existant, les assemblées de la Troisième République inscrivent très vite l'assistance parmi leurs préoccupations. Il faudra pourtant plus de vingt ans pour aboutir car, si ce thème est important, il passe après l'organisation du régime et de l'école. Il est de plus sans cesse reporté à cause des crises politiques et des difficultés financières (75). Plutôt que de se disperser sur tous les problèmes, l'attention se concentre principalement sur l'assistance médicale, surtout dans les campagnes. Les motivations n'ont rien de très originales et les différentes commissions reprennent tous les thèmes populationnistes, moralisateurs et productivistes déjà anciens. Souci moralisateur d'abord. «... Cette entreprise ranimera les vertus publiques, fera revivre le sens moral de la nation, rendra au peuple le sentiment de ses devoirs et le respect de tous les bons principes. Nous l'avons faite dans une pensée d'honnêteté et d'ordre social. » (76)

Second souci, freiner l'exode rural. « Il faut retenir le travailleur dans les campagnes par l'attrait de l'assistance publique et mettre fin à l'émigration des campagnes. » (77) En freinant le dépeuplement médical rural, les législateurs veulent freiner

<sup>71.</sup> G. Drouineau, De l'organisation départementale de la médecine publique, Paris, 1882, 143 p. 72. Enquête..., op. cit., t.1, vol.1, p.539.

<sup>73.</sup> Id., 40 départements demandent des améliorations, p.21.

<sup>74.</sup> Daguillon, Étude sur un manuel d'A.P. en province, Paris, 1883; N. Anquetin, op.cit.
75. Principales propositions Lestourgie 31 août 1871. Tallon 25 mars 1872. Roussel et Morvan 9 septembre 1872. Rapport de la commission 4 août 1874. Proposition de loi Waddington et rapport 14.11.1876. Projet de loi 5 juin 1890.

<sup>76.</sup> Limayrac, J.O. 13.02.1872. 77. Dupin, J.O. 12 mars 1872.

l'exode rural des travailleurs mais aussi des classes aisées de plus en plus souvent privées de médecins dans les villages. Le troisième souci, développer la production, est affirmé de facon plus nette que dans les écrits antérieurs. « La santé des travailleurs qui intéresse d'une manière si intime le développement normal de la production exige que l'on mette à la portée de tous les secours médicaux. » (78) Thème repris avec les autres dans l'exposé des motifs du projet gouvernemental « le service médical des pauvres c'est l'atelier de réparation de l'outillage le plus important, l'outillage humain. » (79) Souci politique enfin : il s'agit de s'attacher les classes paysannes, de payer aux agriculteurs leurs sacrifices de 1870 et 1871. Si l'unanimité se fait vite sur ces principes, l'élaboration d'un projet concret est plus épineuse. Certes, le système existant paraît coûteux, «frappé de stérilité et d'impuissance» mais il n'est pourtant pas question de nuire à la bienfaisance privée ni de proclamer un droit à l'assistance qui se séparerait de la morale chrétienne (80). On s'achemine donc vers une association de la charité et de l'assistance publique, cette dernière faisant appel au vote de centimes additionnels, et à la solidarité entre communes, départements. État, selon les vœux exprimés par l'Enquête de 1872. C'est pourtant l'intervention de l'État qui suscite le rejet de la proposition, sur intervention du Ministre des Finances, enterrant provisoirement la question (81).

Il faut attendre la deuxième moitié des années 1880 pour que les projets soient réactivés grâce à la création du Conseil supérieur d'assistance publique (1888) et d'une direction de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur confiée à H. Monod, véritable auteur de la loi, avec l'aide du conseil de l'A.P. (82). Celui-ci, s'il reprend les motivations déjà exprimées, insiste sur le devoir d'assistance d'une société démocratique, affirme qu'une expérience séculaire a établi l'impuissance de la liberté à assurer partout ce système. Après un rapport de la commission d'un esprit voisin (83), le projet de loi est adopté presque sans discussion par la Chambre (11 juin et 12 décembre 1892), avec quelque réticence par le Sénat inquiet des dépenses possibles.

Sur le seul plan des principes, la loi du 15 juillet 1893 (84) a une importance fondamentale : elle fait de l'assistance une obligation pour les communes, les départements et l'État, reconnaît même implicitement un droit à l'assistance. Elle élargit la notion d'indigence à celle de la privation de ressource, celle de la maladie aux chroniques. Si elle donne la préférence aux secours à domicile elle ouvre l'accès à l'hôpital aux ressortissants des 30 000 communes qui en étaient privés. Elle établit un système de solidarité entre les différentes collectivités. Les subventions sont de droit et calculées d'après des barêmes fixes. La loi enfin est décentralisatrice puisque les départements sont maîtres du fonctionnement des services et les communes qui en ont les moyens peuvent garder des systèmes autonomes (art.35). Elle rompt tellement avec les principes antérieurs que même des socialistes y sont favorables, espérant profiter des latitudes qu'elle laisse pour créer des œuvres qui la dépassent (85).

<sup>78.</sup> Tallon, J.O., 28.4.72.

<sup>79.</sup> Monod, J.O. 5.6.1890.

<sup>80.</sup> J.O. 9.1.75.

<sup>81.</sup> **J.O**. 21.2.1877.

<sup>82.</sup> Conseil supérieur de l'A.P. (C.S.A.P.), travaux, fascicules 22, 25, 26, 29, 31.

<sup>83.</sup> J.O. 1892, annexe 1899, pp.185-193.

<sup>84.</sup> Texte, circulaires et commentaires dans E. Campagnole, L'assistance médicale gratuite commentaire de la loi, Paris, Berger Levrault, 3ème éd., 1920, 365 pp.

<sup>85.</sup> A. Bianconi, « L'assistance et la commune », Cahiers du socialiste, nº 2, Paris, 1908, 32 pp., pp.5, 13.

La loi n'est pourtant appliquée que lentement. En 1895 seuls 47 départements ont organisé les services ; il reste 9 réfractaires en 1897, 3 en 1903 (86). Les difficultés viennent des réticences des communes, de l'attachement aux anciens systèmes, des conflits entre médecins et départements (87) ou entre eux et certains hôpitaux, comme dans le Rhône. Pour accélérer la mise en place des services, le gouvernement accepte de calculer le montant de ses subventions sur l'ensemble des ressources fiscales destinées à la loi et non plus sur les seuls centimes additionnels, obligeant les départements à faire de même (88). Les règlements initiaux des services à domicile, souvent négociés avec les syndicats de médecins (89), donnent le plus souvent satisfaction à ceux-ci. Le libre choix du médecin l'emporte sur le système de la circonscription, la rétribution à la visite sur l'abonnement, le plus souvent par inscrit. Tarifs pharmaceutiques et d'opérations sont proches de ceux des syndicats professionnels (90). Dans des cas limites le service est carrément « affermé » au syndicat des médecins (91). Pourtant les inégalités et les occasions de conflits ne manquent pas : réduction proportionnelle des honoraires (92), tarifs chirurgicaux, marchandages des communes pour éviter le tarif, longueur des ordonnances, remèdes prescrits. Au fur et à mesure que la loi fonctionne, tarifs et modes de règlements sont moins favorables aux médecins (93). En matière hospitalière les établissements sont partagés. Si l'espérance de revenus nouveaux et la perspective d'une utilisation plus rationnelle de leur équipement peut les attirer (94), leur souci d'indépendance et leur incapacité à calculer des prix de journée ou à répartir leurs lits suivant des destinations différentes peuvent entraver l'application de la loi, sans compter l'état souvent lamentable dans lequel beaucoup de petits hôpitaux se trouvent (95).

Malgré l'affirmation de la loi selon laquelle tout Français privé de ressources reçoit l'assistance celle-ci ne s'applique qu'à 2 M de Français et le chiffre reste stable, soit entre 5 et 6 % de la population (Paris exclu). Les partisans de l'assistance obligatoire triomphent : l'assistance publique sérieusement organisée diminue le nombre des indigents (96). Limité, le droit à l'assistance est aussi très inégalement appliqué. Deux groupes de départements échappent aux valeurs moyennes : une dizaine de départements inscrivent plus de 8 % de leur population (et jusqu'à 20 %), d'autres moins de 2,5 %. A première vue, les régions industrielles inscrivent plus que les régions agricoles mais cette différence de situation n'explique pas tout et l'on retrouve les Côtes-du-Nord et l'Île-et-Vilaine aux deux extrémités(97). A l'intérieur des départements les différences entre cantons et a fortiori entre communes sont tout aussi grandes et

<sup>86.</sup> C.S.A.P., fascicules 55, 61, 92.

<sup>87.</sup> I.A. Dupin, L'assistance médicale gratuite et le syndical médical de Lot-et-Garonne, Bordeaux, 1905, 69 pp., C.S.A.P., 61, pp.11 à 13.

<sup>88.</sup> Circulaire du 23 mars 1898.

<sup>89.</sup> Lépine, Rapport sur l'assistance médicale gratuite, du syndicat des médecins du Rhône, Lyon, 15 pp. 90. C.S.A.P., fascicules 55 et 61.

<sup>91.</sup> Dupin, op.cit.

<sup>92.</sup> E. Dupont, Le service de l'A.M.G. dans les départements du Nord et des environs de Paris, Paris, 1900, 175 pp., p.73. 93. C.S.A.P., n<sup>0</sup> 61, pp.72-73.

<sup>94.</sup> A.D.R., série X, versement 1951, liasse 65. 95. C.S.A.P., nº 61, pp.46 à 48. 96. Id., nº 55, p.120 et 61, p.105.

<sup>97.</sup> C.S.A.P., A.M.G., exécution de la loi du 15.7.93 pendant les années 1900, 1901, 1902, Melun, 1906, 411 pp.

difficilement explicables. Si dans le Rhône ce sont les cantons montagnards qui inscrivent le plus (98), cela n'est pas vrai dans la Loire (99) et dans la Somme les cantons industriels ont moins d'inscrits que les agricoles (100). Pas plus que l'administration on ne peut clairement déceler les causes de ces anomalies, sauf à y voir l'héritage pesant d'une pratique locale de l'assistance qui perpétue l'inégalité.

On ne connaît des inscrits que l'âge et le sexe.

Tableau 3 POPULATION INSCRITE A L'A.M.G. (service départementaux seulement)

	1900-1904	1905-1909	1910-1913
Inscrits	1 435 521	1 388 116	1 507 883
% hommes	45,89	47,37	46,57
% + 60 ans	22,37	16,36	13,66 (101)

Si la légère sur-représentation féminine est normale et compense le moindre accès des femmes à la mutualité et à l'hôpital, l'évolution de la part des personnes âgées ne manque pas d'intérêt. Au départ les bureaux d'assistance appliquent les anciennes conceptions de l'assistance, identifiant largement la pauvreté à la vieillesse. La surreprésentation des personnes âgées se réduit pourtant très vite au point de disparaître. La notion plus large de privé de ressources semble supplanter celle d'indigence même si là aussi retards et décalages existent (102).

Malgré cette application restrictive, quoique en voie d'élargissement, la mise en place de la loi permet le développement très rapide du recours aux soins. Pour la France entière, en moins de vingt ans le nombre des soignés augmente de 50 %, et dépasse la moitié des inscrits à la veille de la Première Guerre mondiale.

Tableau 4

	1895-1899	1900-1904	1905-1909	1910-1913
Inscrits	1 845 911	1 962 742	2 022 058	2 123 428
Soignés	727 577	864 014	963 268	1 107 444
% soignés	39,41	44,02	47,63	52,15
Soignés à l'hôpital	88 669	102 007	128 956	158 758
% soignés à l'hôpital	12,18	11,80	13,39	14,33

Le développement du recours à l'hôpital paraît encore plus spectaculaire, avec un doublement du nombre des hospitalisés et un pourcentage supérieur de 40 %

<sup>98.</sup> A.D.R., X, liasse 449, inscrits par communes en 1913. 99. A.D.L., 39 M 12, Statistique de l'A.M. par communes 1905.

<sup>100.</sup> E. Dupont, op. cit., pp. 135 à 137.

<sup>101.</sup> Pour tous les tableaux les chiffres sont des moyennes annuelles sur 5 ans tirés des travaux du C.S.A.P. (de 1895 à 1899) et de la statistique des établissements de bienfaisance de 1900 à 1913.

<sup>102.</sup> Plus de 30 % dans le Rhône, A.D.R. X 449.

supérieur aux prévisions. Pourtant ici c'est la longueur du séjour, révélatrice de la présence d'incurables, qui explique l'envolée des dépenses hospitalières (103).

Tableau 5 LES DEPENSES HOSPITALIERES DE L'A.M.G.

	1895-1899	1900-1904	1905-1909	1910-1913
Dépenses hospitalières	6 047 012	7 490 720	9 332 194	11 829 635
% de la dépense totale	47,70	44,61	48,13	46,26

Prisonnier de sa fonction asilaire, l'hôpital n'a guère sa place dans cette loi dont il alourdit les charges et qu'il détourne vers une action plus sociale que médicale.

Dans les soins à domicile, les dépenses de pharmacie l'emportent de suite sur les honoraires médicaux et leur part tend à s'accroître de plus en plus, malgré la volonté d'endiguer ce mouvement. Comme dans le passé le remède l'emporte sur le médecin. En d'autres termes, le fétiche a plus de poids que le sorcier. L'application de la loi de

Tableau 6
REPARTITION DES SECOURS MEDICAUX A DOMICILE

	1895-1899	1900-1904	1905-1909	1910-1913
Dépenses totales	6 629 281	9 298 849	10 055 313	13 738 127
Frais de pharmacie	3 338 528	4 880 605	5 827 578	6 552 357
% du total	50,36	52,48	57,95	52.30
Dépense par soigné	10,37 F	12,20F	12,05F	14.48F
Remèdes par soigné	5,22 F	6,40 F	6,98F	7,57 F

1893 ouvre aussi la voie à une croissance de la consommation individuelle de soins (+ 40 % en vingt ans), nouveauté de première importance. Cette nouvelle pratique de l'assistance tend aussi à réduire les inégalités entre villes et campagnes sur ce point. Les dépenses de pharmacie croissent deux fois plus vite dans les services départementaux que dans les organisations spéciales, les dépenses hospitalières dix fois plus vite.

Tableau 7

	1895-1899	1910-1913	% d'accroissement (en chiffres absolus)
% des dépenses de pharmacie dans les services départementaux	47,30	50,31	+ 135 %
Id. dans les organisations spéciales	59,41	60.28	+ 66.5%
% des dépenses hospitalières dans les services départementaux	24,44	36,02	+ 288 %
ld. dans les organisations spéciales	72,65	67,54	+ 26,9 %

<sup>103.</sup> C.S.A.P., nº 61, p.144, moyenne de séjour plus de 100 jours dans 3 départements en 1896.

Cette croissance de la consommation médicale et hospitalière semble plus le reflet d'une demande qui désormais peut s'exprimer que le fruit d'une mutation rapide imposée ou suscitée par le nouveau système. En effet les prévisions les plus communes sont largement dépassées (104). Au lieu de 7 à 8 M de dépenses, c'est 25 qu'il faut couvrir chaque année à la veille de la guerre. Les soignés ne sont pas le tiers mais la moitié des inscrits, les hospitalisés 15 % et non 10 % des soignés. Au lieu de délivrer chaque année de 0,70 F à 1,40 F de remèdes par inscrit il faut en distribuer 2,20 ! En matière hospitalière la sous-estimation est dramatique. Aveuglés par le mythe de la peur de l'hôpital, députés et fonctionnaires avaient royalement prévu 800 000 F de dépenses pour les hôpitaux. Dès le début il faut 6 M, 12 M vingt ans plus tard. Le deuxième indice qui permet d'attribuer la hausse à la demande plus qu'à l'offre, est la politique restrictive menée par les autorités. Celle-ci s'explique plus par la montée rapide des charges que par une hostilité de principe. Les communes rurales des services départementaux semblent les plus réticentes. Globalement elles réussissent à maintenir leur contribution autour de 42 %, ce qui représente quand même une multiplication par 2,5 des sommes allouées (105). Le premier moyen de défense des communes est de recourir à la fiscalité plutôt que d'amputer leurs ressources ordinaires, ce qui en plus leur donne droit à subvention. Le second moyen est d'inscrire au budget d'une année des sommes inférieures à celles ouvertes au compte clos. Consultées, les communes proposent essentiellement des réductions de dépenses (106). Il faut mentionner, à leur décharge, que la part des ressources fournies par les bureaux de bienfaisance et les fondations recule en proportion, voire même en chiffres absolus.

Les départements ne sont guère enclins à pallier les défaillances des communes. Même s'ils ne peuvent empêcher leurs contributions d'être multipliées par trois ils usent envers l'État de la même stratégie que les communes vis-à-vis d'eux : recourir aux centimes additionnels pour toucher des subventions. Par ailleurs, les départements maîtres des règlements et de la gestion des services pratiquent des politiques d'économie. Divers moyens sont mis en œuvre : traité entre communes, réduction forfaitaire des mémoires des pharmaciens, suppression de certains remèdes mais face aux résistances des médecins et des pharmaciens, bien défendus, préfets et Conseils généraux en sont réduits aux exhortations et aux dénonciations, sans grand résultat (107). Paradoxalement ces actions touchent essentiellement les dépenses pharmaceutiques alors que c'est l'hôpital qui est le poste de dépenses le plus élevé, comme si la consommation de remèdes gardait un caractère immoral. C'est en ce domaine que le classique discours sur les abus connaît ses plus belles envolées.

L'État, en l'occurrence la direction de l'Assitance publique, est d'abord plus favorable à l'extension de l'assistance médicale. Au début elle dénonce même les hospitalisations trop rares (108), juge que le renchérissement des frais médicaux est normal et non pas dû à l'assistance médicale. Elle excuse même l'envoi d'incurables dans les hôpitaux dans la mesure où aucune loi ne les prend en charge(109). L'État encourage même l'extension de la loi. Il accorde ses subventions plus largement que prévu, prend

<sup>104.</sup> J.O. du 10 janvier 1875, 7 décembre 1876, 5 juin 1890.

<sup>105.</sup> Voir tableau n<sup>0</sup> 8.

<sup>106.</sup> A.D.L. 39 M 21, Délibérations des Conseils municipaux, 1906.

<sup>107.</sup> A.D.L. 39 M 10, Modifications des tarifs des médicaments - multiples circulaires. 108. C.S.A.P., n<sup>o</sup> 55, p.139. 109. C.S.A.P., n<sup>o</sup> 61, p.144.

à charge, par les fonds du pari mutuel, les améliorations et agrandissements des hôpitaux, milite pour une définition large de la maladie, y intégrant les chroniques et les convalescents (110). Au début du siècle les résultats sont tels que le discours change. On s'inquiète de la tendance des communes à couvrir les dépenses avec des ressources donnant droit à des subventions, du retrait des hospices et des bureaux de bienfaisance, de la baisse des dépenses facultatives des départements (111). Dès lors les circulaires dénoncent les abus des visites et des ordonnances, propose de ne plus ménager les communes, d'imposer des réductions d'honoraires, et même de mesurer l'assistance aux malades suivant leur situation, donc de réinstaurer plusieurs catégories d'assistés (112).

Cette première application de l'assistance médicale nationale et obligatoire est lourde de conséquences. Elle confirme l'inadaptation de la bienfaisance traditionnelle, privée comme publique, et montre dès le début une tendance au transfert des charges vers les échelons supérieurs, des communes aux départements, de ceux-ci à l'État. Le transfert n'est pas organisé par l'État mais il s'impose face aux défaillances locales devant un tel succès.

Tableau 8 REPARTITION DES RESSOURCES DE L'A.M.G. (services départementaux)

	1795-1899	1900-1904	1905-1909	1910-1913	% accroissement
Fondations	411 940	712 093	741 972	811 509	+ 96,99
%	5,93	6,87	5,46	4,55	
Hôpitaux, bureaux de bienfaisance	869 799	838 267	806 800	799 226	- 2,11
%	12,52	8,09	5,94	4,47	
Communes	2 949 390	4 261 744	5 616 924	7 553 852	+ 166
%	42,45	41,12	41,38	42,32	
Départements	1 848 654	3 018 589	4 161 285	5 697 720	+ 208
%	26,60	29,13	30,65	31,92	
Etat	868 217	1 532 326	2 247 559	2 984 575	+ 243
%	12,49	14,79	16,56	16,72	

Cette croissance de la consommation, autre phénomène promis à un bel avenir, étonne et choque les pouvoirs publics et même les médecins. Bien plus que des abus, elle révèle un besoin de soins et une profonde aspiration à une meilleure santé. C'est la vigueur de son expression qui effraie les autorités, oublieuses de la longue période où elle n'a pu se manifester. Peut-être redoutent-elles aussi que le pauvre ne trouve là l'occasion d'affirmer des exigences face au médecin et à la société, de détourner le système à son profit et que derrière le besoin de soins ne se cache d'autres aspirations.

<sup>110.</sup> Circulaire du 27.01.1902. 111. *C.S.A.P.*, n<sup>0</sup> 92, pp.146, 150.

<sup>112.</sup> Circulaire des 16.01.1901 et 16.01.1904, 30.11.1904, 15.03.1907.

L'instauration de la médecine gratuite n'est pas la traduction d'une utopie mais le fruit de nécessités sans cesse plus affirmées et plus écoutées. C'est aux aspirations convergentes, quoique différentes, des médecins, des philanthropes et surtout des populations qu'elle doit la vie. Malgré cela, la médecine gratuite ne peut que difficilement trouver sa place dans le complexe de la bienfaisance ou de l'assistance facultative. C'est d'abord pour l'établir sur des bases solides qu'est instaurée l'obligation et le droit à l'assistance qui seront étendus par la suite. C'est pour qu'elle fonctionne mieux que l'État fait voter peu après la loi d'assistance aux vieillards. La loi de 1893 contribue donc aussi à mieux dégager la santé de l'assistance.

Olivier FAURE Chargé de recherche au C.N.R.S. (Histoire moderne et contemporaine)

