

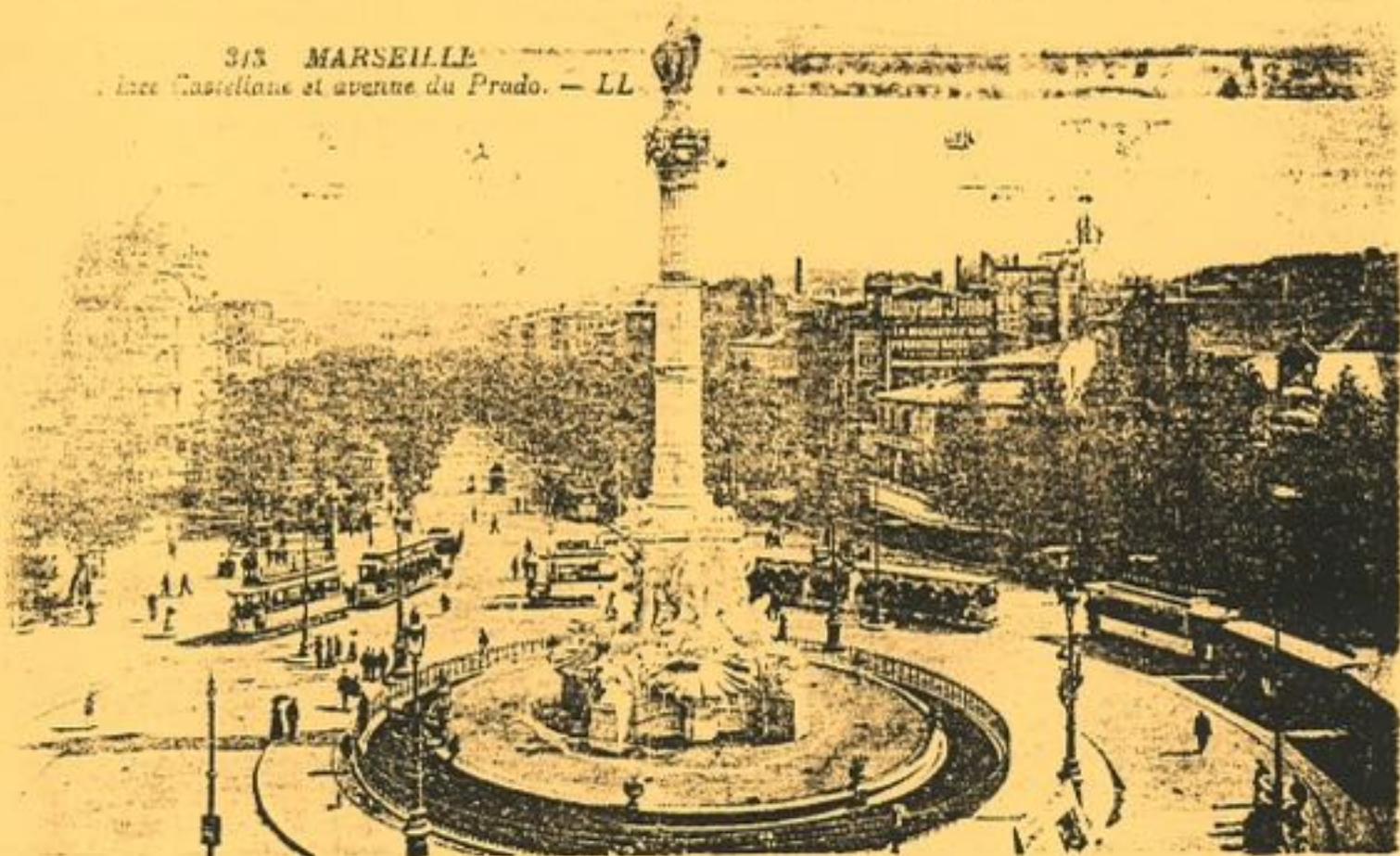
# COMITE D'HISTOIRE DE LA SECURITE SOCIALE

## DANS LA FRANCE MEDITERRANEENNE

*LANGUEDOC ROUSSILLON PROVENCE ALPES COTE D'AZUR CORSE*

313 MARSEILLE

*Place Castellane et avenue du Prado. — LL*



S O M M A I R E

INFORMATIONS GENERALES

Nécrologie : .....	1
--------------------	---

ETUDES ET DOCUMENTS

<b>Dr DESANTI :</b>	Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale dans la France Méditerranéenne - Bulletin Régional - Dix numéros parus de Juillet 1981 à Août 1987 .....	6
<b>Eliane RICHARD</b>	Un siècle au service de l'enfance : du dispensaire à l'aide à l'enfance inadaptée.....	11
<b>Y. KNIBIEHLER</b>	La protection de l'enfance à Marseille l'oeuvre du Docteur Simone SEDAN.....	26
<b>E. et J. DESANTI</b>	De la charité privée à la Sécurité Sociale Organismes de Sécurité Sociale et évolution de la notion d'hôpital depuis 1945.....	35

*INFORMATIONS GENERALES*

**NECROLOGIE :**

Triste fin d'année 1988 pour notre Comité qui, à quelques jours d'intervalle et de façon brutale, a perdu en Décembre deux membres de son Bureau, Gabriel PELOUX et Henri PEYROT.

On trouvera dans la même rubrique l'article nécrologique de ce dernier sous la signature du Président DESANTI. Il m'incombait de rédiger celui de notre trésorier car l'un et l'autre étions anciens de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône.

Gabriel PELOUX était né à MARSEILLE le 16 Février 1922, marié et père de trois enfants, il avait été engagé en qualité d'Employé aux Ecritures par la Caisse Primaire le 20 Avril 1954. Sa carrière au sein de cet Organisme s'est entièrement déroulée à l'Agence Comptable où il a gravi dans la hiérarchie les échelons successifs d'Aide Comptable (1er Juin 1954) Comptable (1er Juillet 1957) Employé Principal (1er Avril 1968) et enfin Chef de Section (1er Janvier 1978).

Parallèlement à l'emploi qu'il tenait avec compétence et dévouement, il a longtemps assumé les fonctions de Délégué du Personnel et de membre du Comité d'Entreprise, et pour ceux qui l'ont connu cela n'avait rien d'étonnant car la volonté de venir en aide constituait l'un des traits dominants de son caractère.

Je peux également attester que dans l'exercice de ses divers mandats syndicaux PELOUX s'est toujours efforcé de ne pas céder à la démagogie et qu'il a su, en toutes circonstances, rester extrêmement courtois avec ses interlocuteurs. Ces qualités de moins en moins courantes méritaient aussi d'être soulignées.

Pour notre ami l'heure de la retraite avait sonné le 1er Mars 1982, mais il ne pouvait être question, pour lui, de rester inactif, d'abord par tempérament et puis, parce qu'il estimait ne pouvoir demeurer les bras croisés quant il existe tant de misères à soulager....

Alors le vit-on à la fois Trésorier du Comité Régional d'Histoire de la Sécurité Sociale, Administrateur et Trésorier du Centre Social de la Capelette, membre du Comité Paroissial ST DEFENDENT, membre de l'Association des Amis de Notre Dame de la Garde et, en plus, apporter son concours au Secrétariat de l'Archevêché.

.../...

A notre Comité, PELOUX avait apporté les qualités de travail et de constance qu'il avait déployées pour le service des Assurés Sociaux. Appliqué et précis, il était devenu indispensable à notre Organisme non seulement par ses qualités de trésorier consciencieux mais encore par l'intérêt qu'il portait à tout ce qui était la vie du Comité. Ponctuellement il établissait le bilan de notre activité, surveillait le courrier et proposait les adaptations des statuts rendus indispensables par l'évolution des choses. Toutes ces activités PELOUX les assumait pleinement mais en y ajoutant sa gentillesse, son amabilité et sa constante disponibilité

Gabriel PELOUX s'en est allé prématurément, il n'avait que 66 ans - le 15 Décembre. Ses obsèques ont eu lieu le Lundi 19 en présence d'une foule très nombreuse, dernier témoignage de l'estime dont le défunt jouissait.

Avisé, au dernier moment, par un ami commun, j'ai pu assister à la cérémonie et représenter notre Comité qui renouvelle à Madame PELOUX et à sa famille ses condoléances très sincères et les plus attristées.

J. TORRENT  
JANVIER 1989

Monsieur GIRIBONE :

Il y a maintenant plus d'une année que Monsieur GIRIBONE nous a quittés.

Et n'ont disparu de ma mémoire ni son physique, il avait une silhouette légèrement trapue, ni la manière dont il exprimait sa pensée, économe de mots, il n'aimait pas les grandes phrases, ni le paquet de "ninãs" qu'il tenait à portée de sa main.

Elu Administrateur salarié C.G.T. de la Caisse d'Allocations Familiales des Bouches-du-Rhône en 1955, il n'abandonnera son mandat qu'en 1971, ayant ainsi siégé pendant seize années dans cet Organisme, dont il aura été Président de Janvier 1963 à Janvier 1964.

C'est à ce dernier titre qu'ancien Directeur de la Caisse je lui rends aujourd'hui hommage.

Le premier véritable contact que j'eus avec lui, ce fut, après sa nomination de Président, au moment où je lui donnai les clefs de son bureau. En quelques mots, il me dit sa vie professionnelle volontairement interrompue en 1936. Je compris alors ce qu'avait représenté pour certains hommes, dont Monsieur GIRIBONE, le mot liberté.

Par la suite, quoiqu'un décret paru en 1960 eût donné au Directeur compétence pour toutes les questions concernant le personnel, il m'arriva souvent d'évoquer devant lui certains faits que je ne pouvais laisser impunis ou certains Agents dont il me fallait sanctionner le travail ou la conduite : il m'écoutait avec beaucoup d'attention, et, à ma demande, en quelques mots, me donnait son avis, toujours judicieux. C'est pendant ces entretiens que j'ai découvert combien le ton qu'il avait souvent bourru et la sévérité qu'il mettait dans son visage, un visage qui semblait parfois fermé, cachaient une grande indulgence pour les hommes, ses camarades.

Enfin, qualité particulièrement appréciée d'un Directeur : Monsieur GIRIBONE n'avait qu'une parole. Ayant pris une décision, il s'y tenait et rien ni aucun ne l'en faisait déborder.

Jean BONNAFFONS

Henri PEYROT :

Henri PEYROT était mon ami. Au cours des longues années écoulées depuis notre rencontre en 1946 jamais notre amitié et notre mutuelle confiance n'ont été troublées. Je ne ferai que rappeler, ici, le temps de notre étroite collaboration dans les Services de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale du Sud-Est pour dire qu'il m'a alors été loisible d'apprécier la qualité de son intelligence claire et rapide, l'acharnement qu'il apportait à la réalisation de ses objectifs, l'application dont il faisait preuve dans les lourdes charges que lui créait un Organisme en cours d'installation dans un environnement dénué de ressources et parfois hostile.

Henri PEYROT était un des fondateurs de notre Comité, il participa dès le début à ses travaux et s'efforça de réunir le plus grand nombre possible d'acteurs des premiers temps de la Sécurité Sociale. Membre du Bureau, il participa à toutes les réunions et prit toujours une part réelle aux discussions avec l'ardeur du militant syndicaliste et la tenacité de travailleur acharné qu'il était. Ses interventions nous étaient toujours précieuses car il nous apportait sa connaissance pratique d'Administrateur consciencieux, ses connaissances en matière financière, sa maîtrise parfaite des problèmes de protection sociale. Il avait, en effet, présidé les Conseils d'Administration des deux plus importants Organismes de Sécurité Sociale de la région : la Caisse Régionale du Sud-Est et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône. Ses interventions au cours des conférences des Caisses Régionales ou des congrès de la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale, ou encore au Conseil d'Administration de l'Assistance Publique à MARSEILLE s'articulaient avec le soin scrupuleux qu'il apportait à la création, à la gestion et à la surveillance des Etablissements de Caisse : sanatorium Rhône Azur ou Etablissements d'Enfants de Vogélande et Thorenc. Si l'exercice scrupuleux de ses diverses tâches et de ses responsabilités absorbait beaucoup de son activité, Henri PEYROT avait, par ailleurs, une véritable passion pour l'histoire qu'il a amené à amasser une quantité considérable de documents.

Il avait fait deux importantes communications aux colloques sur la Sécurité Sociale tenus lors de 112ème et 113ème Congrès des Sociétés savantes.

Il a voulu que sa documentation sur l'histoire de la C.G.T. et sur celle des Organismes de Sécurité Sociale de la région du Sud-Est soit conservée et mise spécialement à la disposition des chercheurs de notre Comité, ce geste de fidélité nous fait ses débiteurs et prolonge sa présence parmi nous.

Nous devons encore rappeler la mémoire de deux personnalités qui n'ont pas fait partie de notre Comité mais ont joué un rôle certain dans la création puis le fonctionnement des Organismes de Sécurité Sociale de la Région.

Félix BELON :

Félix BELON était un homme de bien, discrètement efficace et attaché à l'action sociale. C'est dans le cadre de cette action sociale en faveur de ses salariés que je l'ai connu en ma qualité de Médecin du Travail et que j'ai pu apprécier sa préoccupation de répondre au mieux aux besoins de son personnel. Il a toute sa vie milité au sein des organisations patronales, il était Président Honoraire de l'Union Patronale des Bouches-du-Rhône et Vice-Président de la Commission de la protection sociale de la Confédération Nationale du Patronat Français.

Cet engagement dans les Organismes Professionnels n'avait pas gêné sa participation directe au fonctionnement et à l'amélioration des Institutions Sociales. Membre du Conseil de la Caisse d'Allocations Familiales des Bouches-du-Rhône il en devient Président en 1946.

En 1967, il est Vice-Président de la Caisse Nationale des Allocations Familiales. Tous ceux qui ont travaillé avec lui conservent le souvenir de sa courtoisie, de la qualité de ses analyses et de la finesse avec laquelle il savait pénétrer les conflits les plus complexes et trouver des solutions utiles à tous.

Jacques PICON :

Jacques PICON ancien Président du Conseil d'Administration de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Sud-Est après avoir été Administrateur de cet Organisme et de la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône a également été Administrateur de la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale jusqu'à sa dissolution. Il nous laisse le souvenir attristé de son extrême gentillesse, de sa constante disponibilité et de son souci de ne blesser personne sans, pour autant, négliger ses obligations. Il écoutait avec bienveillance tous ceux qui sollicitaient son attention et surtout il fut un Président viscéralement attaché à la vie et au fonctionnement de l'Organisme qu'il présidait, toujours dominé par le souci de protéger l'image de la Sécurité Sociale.

E. DESANTI

*ETUDES ET DOCUMENTS*

**COMITE D'HISTOIRE DE LA SECURITE SOCIALE DANS LA  
FRANCE MEDITERRANEENNE**

**BULLETIN REGIONAL :**

DIX NUMEROS PARUS DE JUILLET 1981 A AOUT 1987.

**NUMERO 0 :**

\* La lutte contre la tuberculose dans les Bouches du Rhône (1924). Cet Article contient des renseignements précieux sur les débuts de l'armement médico-social et sur les origines du Service Social : l'Infirmière d'hygiène sociale.

\* Les actes des colloques d'histoire de la Sécurité Sociale Nancy (Avril 1978) Bordeaux, (Avril 1979).

\* la Société de bienfaisance et de Charité de MARSEILLE (1788 - 1846).  
Madame CARRET-PARCELLIER

Homologue de la Société philanthropique de PARIS, cette Société tend à remplacer la charité par une solidarité philanthropique.

\* Les archives orales de la Sécurité Sociale.  
Madame SCHNAPPER.

Données pratiques pour la réalisation de telles archives.

**NUMERO 1 :**

\* Tableau général des activités du Comité.

\* Distribution solennelle de récompenses honorifiques aux Sociétés de secours mutuels de la ville de MARSEILLE (décret du 16 Août 1860).

\* Actes du colloque d'histoire de la Sécurité Sociale Caen (Avril 1980).

\* Les débuts de la Sécurité Sociale à MARSEILLE  
Monsieur J. BONNAFONS.

Cet article contient des précisions capitales pour la compréhension des conditions dans lesquelles le plan français de Sécurité Sociale est venu bouleverser les structures préexistantes d'assistance aux pauvres. Exposé très clair et très complet des turbulences politiques et associatives qui ont contenu l'installation des organismes de Sécurité Sociale.

- \* Les archives orales de la sécurité Sociale.  
Madame SCHNAPPER.

Analyse complète de la méthodologie et de l'importance de ces archives relatant "l'histoire actuelle".

NUMERO 2 :

- \* L'évolution de la notion de faute inexcusable en matière de législation sur les accidents du travail.  
Mr L. LYON.

- \* Extrait de "Nous les Assistantes Sociales. Naissance d'une profession".  
Mme KNIBIEHLER

- \* La Société de bienfaisance et de Charité de MARSEILLE (suite)  
Mme CARRET-PARCELLIER.

- \* Les archives orales de la Sécurité Sociale (suite)  
Mmes ARON - SCHNAPPER et D. HANET.

NUMERO 3 :

- \* La lutte antituberculeuse : instrument de la médicalisation des classes populaires (1870 - 1930).  
Mme KNIBIEHLER

Analyse très complète et originale des inter-actions de l'évolution du social et de celle du médical, évolution des conceptions et des solutions en fonction de l'information du public mais comportant l'influence plus ou moins franche des connaissances médicales.

- \* Schéma pour une monographie des Caisses.  
Caisse d'Allocations Familiales de Haute-Loire.

- \* L'appareillage. Essai d'histoire générale - Histoire locale marseillaise.  
Dr DEVAUX

Les problèmes de l'appareillage sont toujours d'actualité pour les Caisses de Sécurité Sociale, on trouve un bon historique des procédés utilisés au cours des temps.

NUMERO 4 :

- \* Les débuts du service médical de l'Assurance Maladie dans la région du Sud-Est.  
Dr DESANTI

Première organisation d'un service encore très proche du service de contrôle médical des Assurances Sociales.

- \* Les mères seules à MARSEILLE entre les deux guerres.  
Mmes MALIFAUD - KNIBIEHLER

Oeuvre des nourrissons, abri maternel, maison maternelle départementale jalonnent la première période de l'évolution des mentalités principalement avec des objectifs nataliste, démographique et familial.

- \* Conférence du Président H. PEYROT pour le XX<sup>e</sup> anniversaire de la Sécurité Sociale.  
Marseille. 9 Novembre 1965.

NUMERO 5 :

- \* La Sécurité Sociale dans la région de Constantine de 1961 à 1962.  
DELORT.

Historique des réalisations et signalement de la situation particulière du domaine de Julhans.

- \* La Mutualité marseillaise de 1914 à 1942.  
Mme TOUCAS.

Historique rapide d'une période qui a connu l'après guerre de 1918, la création des Assurances Sociales, l'évolution vers la Sécurité Sociale.

- \* Les élections au Conseil d'Administration de la Caisse d'Allocations Familiales des Bouches-du-Rhône, du 24 Avril 1947.  
BONNAPONS.

Premières élections dans le régime de Sécurité Sociale.

- \* Action sociale de la municipalité de MARSEILLE (1900/1914)  
FELICIAN.

NUMERO 6 :

- \* Histoire de l'appareillage (suite)  
Dr DEVAUX

Cette suite est plus particulièrement consacrée à l'histoire locale de l'appareillage. Les entreprises artisanales et familiales et le centre d'appareillage.

- \* Les femmes seules à MARSEILLE (suite)  
Mmes MALIFAUD - KNIBIEHLER  
(Période 1938 - 1948)

- \* Evolution des dépenses médicales et les perspectives du risque maladie.  
Conférence par P. GABRIELLI : 1er Juin 1964.

NUMERO 7 :

- \* Les mères seules à MARSEILLE  
Mmes MALIFAUD - KNIBIEHLER  
(Période 1980)

- \* Aux temps héroïques de la Caisse d'Allocations Familiales des Alpes Maritimes.  
BESSI - BONNAFONS

Premiers débuts en 1932 analyse des événements qui ont marqué depuis l'apparition, l'installation et le développement des Organismes et de leurs annexes

NUMERO 8 :

- \* Le premier protocole d'accord signé entre la Sécurité Sociale et les Médecins : 12 Juin 1948.  
MICHEL

- \* Conférence à l'occasion du XXème anniversaire de la Sécurité Sociale.  
Mme AGNEL

Evolution des Caisses d'Allocations Familiales, plus particulièrement celle des Bouches-du-Rhône et de leurs secteurs d'intervention.

- \* Le bureau de bienfaisance d'APT 1848 - 1914.  
Mmes TAMISIER - KNIBIEHLER

- \* La Sécurité Sociale, première formule de régionalisation en matière sanitaire et sociale.  
Dr DESANTI.

NUMERO 9 :

\* Nécrologie - A. TIMONE  
PEYROT

\* Historique de la protection sociale en FRANCE.  
Dr DESANTI

\* Réflexions sur les circonstances qui ont présidé à la naissance  
et au développement de la Sécurité Sociale depuis 1945.  
Dr DESANTI.

NUMERO 10 :

\* Nécrologie : P. IDIART

\* Sécurité Sociale et politique de santé  
Dr DESANTI.

Bref rappel des multiples formes de l'intervention des Organismes  
de Sécurité Sociale en matière de protection de la santé.

\* Le rôle des Administrateurs dans la mise en place des  
Organismes de Sécurité Sociale dans les Bouches-du-Rhône.  
PEYROT.

Rappel de faits et d'événements par un acteur.

\* L'an I de la Caisse d'Allocations Familiales des  
Bouches-du-Rhône.  
BONNAFONS.

\* Du refuge au centre éducatif (1836 - 1980). La formation des  
jeunes filles dans l'Institution "Marie-Thérèse" (Nîmes).  
MURAT.

UN SIECLE AU SERVICE DE L'ENFANCE :  
DU DISPENSAIRE A  
L'AIDE A L'ENFANCE INADAPTEE

A la fin du XIXème siècle, MARSEILLE compte 406 919 habitants et environ 150 oeuvres de bienfaisance. L'une d'elles, le dispensaire Gilbert de Voisins fondé en 1891 présente un double intérêt.

Il a su conserver une grande partie de sa documentation et son dernier Président, Jacques MARGNAT, en clôturant définitivement l'Association le 2 Février 1987 l'a déposée aux Archives départementales des Bouches-du-Rhône où elle constitue un fonds spécial sous la cote 67J. Le fait est suffisamment rare pour être signalé. Les chercheurs qui s'intéressent à la préhistoire du service social se heurtent trop souvent à l'absence de sources ; bien des oeuvres aujourd'hui disparues ont emporté avec elles l'essentiel de leurs documents, ne laissant dans les dépôts publics que quelques épaves, brochures ou compte-rendus annuels d'activité à partir desquels il est bien difficile de reconstituer la vie de la société. Ici, au contraire, 90 cahiers registres, dossiers, liasses, etc, constituent un ensemble homogène, classé et donc facilement utilisable, permettant une étude détaillée du fonctionnement de l'Institution, de ses animateurs et de ses objectifs. (1)

Par ailleurs, le dispensaire Gilbert de Voisins est mort presque centenaire. S'il n'y a rien là d'exceptionnel il est cependant remarquable qu'il ait pu survivre dans une période capitale pour l'histoire du service social, celle qui voit le passage de la notion de bienfaisance à celle d'assistance puis à la mise en place d'une véritable politique sociale qui devait trouver son accomplissement avec la création de la Sécurité Sociale. Comment s'est-il adapté aux mutations de la société, aux changements de la législation à l'évolution des techniques médicales tout en restant fidèle à ses objectifs initiaux : être au service de l'enfant, plus particulièrement de l'enfant pauvre et malade ? Un bref historique devrait permettre de répondre à ces questions.

(1) Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une maîtrise d'histoire soutenue à l'Université de Provence en 1989 par une de nos étudiantes, Nadine CICOLELLA, à qui nous devons en partie ce qui suit.

## DE 1891 A 1914 : entre tradition et modernité :

Dans un contexte nouveau

Lorsqu'est fondé en 1891 le dispensaire des enfants malades le contexte de cette fin de siècle diffère sensiblement de celui des décennies précédentes. La grande dépression des années 1880 multiplie les difficultés économiques et exacerbe les problèmes sociaux. A Marseille le retour au protectionnisme menace la prospérité. Le port qui tenait le premier rang en Europe continentale jusqu'en 1880 redescend au quatrième en 1896. Dès 1884, la ville compte 10 000 chômeurs, ce qui exaspère les conflits ethniques : "sur le cinquième des habitants est constitué d'étrangers, italiens pour la plupart. Selon le futur Maire améri (CANOT) ils encomrent hospices et sociétés de bienfaisance". Des lors nul ne peut ignorer "la question sociale". Catholiques, radicaux, socialistes, tous y sont confrontés et proposent leurs solutions.

Dans les années 1890 donc, la France républicaine avec un retard certain sur ses voisins, l'Allemagne surtout, s'engage enfin dans la voie d'une législation sociale et met en place une véritable politique d'assistance. A Marseille, cette évolution est d'autant plus appréciée qu'en 1892 la mairie passe aux mains des socialistes : c'est la municipalité du Dr Simeon FLAISSIERES qui reste en place pendant 10 ans. Elle s'efforce de faire appliquer les lois d'assistance et de laïciser hôpitaux et hospices. Mais les besoins sont tels que l'assistance publique ne peut se passer encore de la bienfaisance privée (1). Force lui est donc de collaborer avec les sociétés charitables et même de favoriser la création d'institutions nouvelles d'inspiration hygiéniste.

L'hygiène sociale est à la fois fille de la révolution pasteurienne des années 1880 - qui a mis en évidence le rôle de la contagion dans certaines maladies - et de la crise de la natalité dont on prend conscience au lendemain de la défaite de 1870. Pour protéger la population menacée et réduire le fléau de la mortalité infantile, les pouvoirs publics doivent entreprendre un immense travail d'investigation et d'encadrement des couches sociales les plus pauvres et les plus menacées. Il s'agit d'actions de dépistage, de prévention, de prophylaxie à mener jusque dans les foyers (2).

(1) le nombre des lits d'hôpitaux par exemple, est nettement insuffisant. En 1892 il est de 1 pour 370 habitants, équipements bien inférieurs à ceux de Bordeaux (1 pour 236), de Lyon (1 pour 139) ; et du Havre (1 pour 119) en 1901. Renseignements tirés de la thèse de J. FELICIAN "Action sociale de la municipalité de Marseille 1892 - 1939" Aix en Provence 1987.

(2) Y. KNIBIEHLER et C. FOUQUET La femme et les médecins Hachette 1983 P. 235-236.

Dans cette lutte les dispensaires sont de précieux auxiliaires car ils donnent des consultations et des soins gratuits et attirent à eux tous ceux qui ne peuvent payer un médecin. Aussi, le nouvel établissement Gilbert de Voisins obtient-il le soutien de la ville qui lui cède gratuitement le terrain (1) et de l'Etat qui le 17 Septembre 1898 le reconnaît d'utilité publique.

#### Une fondation grecque

La nouvelle institution n'en est pas moins, par bien des aspects, une oeuvre de type traditionnel, fondée, administrée, subventionnée par des notables de la ville à l'égal de bien d'autres sociétés de bienfaisance, catholique, protestante, israélite, suisse, etc. Son originalité toutefois réside dans la part que la communauté grecque de la ville a prise à sa création et à son fonctionnement. On sait les liens étroits qui attachent Marseille à la Grèce : sans remonter aux origines de la cité, rappelons l'importance de son commerce avec la Méditerranée orientale et le rôle de l'immigration hellénique des premières décennies du XIXème siècle. Parmi ces nouveaux venus, certains réalisent de magnifiques fortunes au point qu'on a pu parler d'un âge d'or des grands négociants grecs de Marseille sous le Second Empire et au début de la Troisième République (2).

La Comtesse Gilbert de Voisins, fondatrice du dispensaire, est des leurs. C'est une Ralli, fille d'un négociant chiote orthodoxe, installé à Londres au début du siècle mais dont une partie de la famille s'occupe à Marseille du commerce des blés. Elle s'établit dans la cité phocéenne en 1880 (3) et 11 ans plus tard fait édifier le dispensaire "avec le concours de ses parents et amis". Pendant 15 ans elle en assume la présidence tandis que son mari se charge de la direction intérieure. Au décès de ce dernier, le 24 Mars 1898, leur fils Auguste part pour Paris (4) mais à la mort de sa mère en 1906, il assure à son tour la présidence pendant 22 ans jusqu'en 1928, date à laquelle il donne sa démission.

La présence des Grecs s'affirme aussi au service médical dirigé de 1891 à 1905 par le Docteur METAXAS et plus tard, de 1930 à 1945 par le Docteur Georges RODOCANACHI.

(1) 16, rue Saint Sébastien, devenu 26 en 1904 lors d'une renumérotation de la rue.

(2) P. Echinard : Grecs et Philhellènes à Marseille I.N.P. Marseille, 1969. P. 307.

(3) Née à Londres en 1857, elle y a épousé en 1876, le Comte Georges Gilbert de Voisins, fils de la célèbre danseuse Marie TAGLIONI et du Comte Jean Gilbert de Voisins. Georges Gilbert de Voisins après avoir fait les campagnes d'Afrique et du Mexique et participé à la guerre de 1870 démissionne de l'armée en 1878.

(4) Il y fait carrière dans le monde artistique et littéraire : il obtient en 1926 le grand prix de littérature de l'Académie Française et épouse la fille du poète José Maria de HEREDIA.

Parmi les Administrateurs, on relève au fil des ans les noms de MITARANGA, VAGLIANO, VLASTO, ZAFIROPOULO, ZAFIRI ..., dans les listes de dames patronesses, ceux d'ARGENTI, CONTANDRIOPOULO, DEMETRIADIS, METAXA, REGGIO, STATRATOS, SCARAMANGA; SIMIONOGLOU, ZOUKOS... En 1936 encore, parmi les fondateurs de lits on note les RALLI, MAVROCORDATO, et ARGENTI de Londres.

Nuancons toutefois, si tout au long de son existence le dispensaire a été dirigé et surtout soutenu par les Grecs, il s'agit cependant d'une oeuvre largement ouverte à tous : on y admet "les enfants des deux sexes sans distinction de nationalité ni de religion" et tous les concours sont les bienvenus. La maison fait même appel aux Soeurs de St Vincent de Paul jusqu'en 1898, date à laquelle le service intérieur se laïcise. Quant aux Administrateurs et aux bienfaiteurs, on compte parmi eux bien des notabilités du monde catholique, protestant ou israélite. Aucune exclusive donc envers ceux qui s'intéressent au sort de l'enfance malheureuse.

#### Au service de l'enfance

La fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et le début du XX<sup>ème</sup> voient la mise en place d'un système de protection de l'enfant consécutif à la prise de conscience du problème démographique. En 1901, le futur ministre Paul STRAUSS s'exprime en ces termes : "Le déficit de naissances se prête mal à un relèvement immédiat et instantané ; l'excédant de mortalité au contraire est susceptible de réductions croissantes (...) la mortalité infantile (1) à elle seule est à ce point réductible que le gain réalisé suffirait à compenser la moins-value des naissances" (2).

La création du dispensaire s'inscrit dans ce mouvement. Le 6 Août 1892 la Comtesse Gilbert de Voisins écrit au Président du Conseil Général : "le but de notre fondation est de mettre à la disposition des parents pour leurs enfants des conseils médicaux, une direction hygiéniste, des médicaments, des aliments et des vêtements". Le 20 Octobre 1894, dans une lettre au Maire elle précise : "Le dispensaire répond à un besoin réel, les hôpitaux de notre ville sont limités et il n'y existe pas même de consultation spéciale pour le traitement des maladies infantiles.

La vocation de l'oeuvre est donc clairement définie de même qu'est affirmé le souci de créer une maison moderne tenant compte des dernières découvertes de la médecine : "Rien n'a été négligé pour doter notre établissement des perfectionnements de la science hygiénique moderne" car "avant d'arrêter les plans définitifs nous avons visité avec l'assistance de personnes compétentes, architectes et docteurs, les divers dispensaires de Paris, Lyon, Rouen, Lille, Nice afin de réunir dans notre établissement tous les perfectionnements de nature à la rendre aussi complet que possible".

(1) Elle est à l'époque de 150 ‰

(2) Cité par Y. KNIBIEHLER et C. FOUQUET L'histoire des mères du Moyen Âge à nos jours Montalba, 1980, P. 283 - 284.

De fait le rez-de-chaussée est affecté aux consultations journalières et au traitement des malades externes. Il comporte pavillon d'isolement, pharmacie, salles de pansements, d'hydrothérapie, de massages de gymnastique, services de vaccinations, d'électrothérapie, de laryngologie, de dermatologie et de soins dentaires sans compter deux laboratoires d'histologie et de bactériologie. Le premier étage est réservé à la chirurgie et plusieurs dortoirs peuvent recevoir les enfants de 3 à 14 ans dont l'état nécessite quelques jours d'hospitalisation. La maison possède en outre, un service de préparation et de distribution de lait stérilisé ; elle assure l'assistance à domicile pour les cas les plus graves ou les maladies contagieuses et il a même été envisagé en 1895 la construction d'un petit sanatorium marin (1).

Dès ses débuts, le dispensaire réservé à ceux qui peuvent fournir un certificat d'indigence connaît une bonne fréquentation : près de 40 000 enfants y sont traités pendant les 10 premières années, en 1901, les étrangers, italiens pour la plupart, représentent à eux seuls plus du tiers des nouveaux malades. C'est alors un établissement modèle : "il réunit tout ce qui rebond le plus complètement aux enseignements de la science moderne et aux règles les plus rigoureuses de l'hygiène". On le fait visiter aux personnalités de passage ; il est l'objet de plusieurs éloges dans les revues spécialisées, il héberge en 1898 le congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie et il reçoit plusieurs récompenses : la médaille d'argent à l'exposition universelle de 1900 et en 1912 la médaille de vermeil de l'Académie de médecine. Mais avec la guerre l'ère des difficultés commence.

#### D'une guerre à l'autre : le temps des mutations

Comme partout la guerre a désorganisé l'institution. Le corps médical est mobilisé dans sa quasi totalité et le 11 Décembre 1914 le dispensaire est transformé en hôpital militaire. Il rouvre partiellement ses portes le 15 Septembre 1917 mais il faut attendre 1919 pour la remise en marche de l'ensemble des services. Trois ans d'interruption totale plus un à deux ans de reprise canotante ne sauraient être sans conséquences sur le fonctionnement du nouveau dispensaire. D'autant qu'entre temps le monde a changé : des mutations s'annoncent qu'il faut bien assumer.

(1) Le projet déjà bien avancé a dû être abandonné en 1900 du fait de la réalisation, la même année, d'un sanatorium privé par M. Jean MARTIN.

### une féminisation étroitement limitée

A la faveur de la guerre les femmes, notamment ont pris de l'importance ; dans bien des domaines elles ont été amenées à remplacer les hommes. Ou'en est-il au sein du dispensaire ?

Quoique fondé et présidé jusqu'en 1906 par une femme, celui-ci ne leur accorde avant 1914 qu'une place restreinte et souvent subalterne. Le personnel de service, à l'exception d'un concierge et d'un homme de peine, est évidemment essentiellement féminin : filles de salle, veilléeuse, lingère, cuisinière, etc. Depuis le départ en 1898 des religieuses de St Vincent de Paul le personnel soignant s'est laïcisé. Les infirmières, infirmière surveillante et infirmière adjointe sont probablement plus instruites mais il faut les payer (1). Elle n'en sont pas moins toujours considérées comme de simples auxiliaires, soumises à une stricte discipline. Le 7 Décembre 1912, l'une d'elles, en place depuis 11 ans, est renvoyée par le conseil d'administration pour les motifs suivants : "Mme HAMOND malgré une capacité professionnelle irréprochable n'a pu se plier aux nécessités d'une hiérarchie et d'une discipline administrative indispensables" (2). Des femmes remplacent aussi les Soeurs à la direction du service intérieur. Elles résident sur place (3). Remarquons que sur les cinq, qui se succèdent à ce poste jusqu'en 1946, quatre sont célibataires. Comme les infirmières, ce sont donc de véritables "religieuses laïques", dont on attend le plus grand dévouement envers la maison comme envers les jeunes malades.

Bien que la documentation dont nous disposons soit peu proluxe sur cet aspect des choses il semble cependant qu'on puisse déceler après la guerre une certaine évolution. Les infirmières, plus compétentes, prennent aussi plus d'importance : en 1936 l'une d'elles, diplômée d'Etat, et possédant en outre un certificat d'anesthésie, remplace l'interne trois fois par semaine lors des opérations. En 1939, les infirmières visiteuses assurent des consultations et interviennent en radiologie et en salle d'opération.

Parallèlement, dès les années 1920, la pharmacie de l'établissement est passée aux mains des femmes et de jeunes étudiantes viennent bénévolement quelques heures par semaine pour aider aux préparations. Cette féminisation reste toutefois limitée. On ne note aucune femme dans l'équipe médicale du dispensaire qui compte pourtant en 1936 quatorze médecins. Cette absence est d'autant plus regrettable que Marseille possède alors un petit corps de doctresses (4) dont la présence n'aurait pas été déplacée dans une maison vouée au service de l'enfant malade.

(1) Tandis que les Soeurs sont, selon l'expression du Pr SIRUS-PIRONDI en 1894, "une catégorie d'infirmières qui attendent ailleurs qu'en ce monde la rémunération des sacrifices qu'elles font volontairement de leur repos, de leur santé et en définitive de leur existence entière".

(2) Le Docteur DELANGLADE, chirurgien du dispensaire, estimant que ce renvoi oubliait les services rendus, donne alors sa démission. Bel exemple de solidarité qui mérite d'être relevé.

(3) Le deuxième étage est réservé au logement du personnel

(4) Séatrice BROCHE "Les premières femmes médecins à Marseille" mémoire de maîtrise Aix en Provence 1985.

Mais le pouvoir médical reste encore dans ces années de l'entre deux guerres une chasse gardée dont les hommes ne se départissent pas facilement même dans un secteur traditionnellement concédé au sexe faible.

Il est un domaine pourtant où la féminisation est indéniable, c'est le conseil d'administration. En 1916, Mme ZARIFI est la première, à l'exception de la fondatrice, à accéder à des fonctions de responsabilité. L'impact de la guerre ici est évident : l'indisponibilité des hommes oblige à recourir à leurs compagnes. Par la suite le mouvement étant amorcé on n'hésite plus à nommer des femmes. Le 19 Janvier 1923, on peut déjà compter quatre administratrices (1) et, en 1935, Mme Th. ZARIFI est élue vice-présidente. Il est juste de dire qu'à cette époque les Messieurs, de plus en plus absorbés par leurs occupations professionnelles, commencent à manifester un certain désintérêt pour la gestion de l'oeuvre ; ils créent ainsi une brèche où les femmes peuvent alors s'infiltrer. Elles ne font d'ailleurs que prolonger par là leur rôle habituel de Dames patronnesses. Mais les temps ont changé et le Conseil d'Administration a désormais de gros problèmes à résoudre.

#### Des difficultés financières

Avant la guerre, le dispensaire bénéficie des sources de financement traditionnelles : communes à toutes les oeuvres privées de bienfaisance : souscriptions annuelles des membres, versements occasionnels pour fondations de lits, legs, dons en argent et en nature, avantages divers (cartes de transport, exonération de taxes, etc) sans compter le produit des loteries, fêtes de charité, concerts, bals et même matchs donnés au profit des enfants malades. Mais il profite aussi de l'aide publique : Conseil Général et Conseil Municipal lui versent des subventions qui représentent alors près du tiers de l'ensemble des recettes. La variété et la régularité de ces ressources permet à l'établissement de faire quelques placements en valeurs sûres (rentes sur l'Etat ou obligations de chemin de fer) sans pour cela obérer son budget. Un léger déséquilibre apparaît toutefois de 1904 à 1912 ; il est consécutif à l'installation de l'éclairage électrique et d'un nouveau système de chauffage à vapeur ainsi qu'à la mise en place d'un service de radiographie. Le Comte Gilbert de Voisins accepte alors d'éponger personnellement ce déficit occasionnel, justifié par la modernisation de l'établissement.

(1) Mes ZARIFI - ZAFIROPULO - CAZALET et BARRY

La situation s'aggrave après la guerre. Serait-ce la fermeture momentanée du dispensaire qui lui aurait fait perdre une partie de ses membres ? Faut-il incriminer l'inflation et plus tard la crise économique qui bouleversent certaines fortunes et rendent les bienfaiteurs moins généreux ? ou le changement de mentalités entraîne-t-il un désintérêt des élites économiques envers les oeuvres de type traditionnel ? Toujours est-il que le montant des souscriptions sur lequel reposait l'équilibre financier du dispensaire s'effondre : évalué en francs constants (1) il passe entre 1914 et 1930 de l'indice 100 à l'indice 25 et sa part dans les recettes tombe de 53,55 % avant la guerre à 33,16 % dans les années 1920. Il en va de même pour les donations qui ne représentent plus que 4,87 % du total contre 11,05 antérieurement.

Peu après, l'aide publique vient à manquer. Les collectivités locales ont mis sur pied leurs propres services médico-sociaux non sans en subir l'écrasante charge financière. Dès lors ils voient moins la nécessité d'aider les oeuvres privées. Le voudraient-ils d'ailleurs que leurs propres budgets ne sauraient y pourvoir. Aussi les subventions annuelles du Conseil Général et du Conseil Municipal sont-elles, compte tenu de l'augmentation du coût de la vie, tout juste revalorisées jusqu'en 1928 et elles disparaissent en totalité au cours des années 1930. Le 7 Septembre 1937 le Conseil d'Administration annonce : "il ne nous est plus permis de compter, du moins pour le moment, sur l'appui des pouvoirs publics ; il convient, d'assurer la marche normale du dispensaire avec la plus stricte économie".

Or selon le même Conseil d'Administration le dispensaire devrait faire face à un surcroît de dépenses pour "être entretenu suivant toutes les règles de l'hygiène moderne, être en mesure de répondre aux besoins nouveaux et faire profiter les malades des progrès incessants de la science". Aussi procède-t-on en 1936 à la réfection du laboratoire de radiologie (2) mais il faut pour cela vendre une partie des bons du trésor et faire appel une nouvelle fois à la générosité de la Caisse d'Epargne des Bouches-du-Rhône. L'eau chaude est installée dans toute la maison ainsi que le téléphone, on envisage de mettre en place un service de radiothérapie et de moderniser celui de laryngologie. Mais l'examen des budgets permet de constater que les deux secteurs, dépenses médicales et entretien des bâtiments, ont considérablement régressé par rapport à l'avant guerre : ils ne représentent plus, entre 1922 et 1933, que 7,32 % et 4,17 % des dépenses contre 8,28 % et 8,57 %. Ce qui traduit bien les difficultés de l'établissement et justifie la nouvelle orientation prise au tournant des années 1930.

(1) D'après l'indice du coût de la vie donné par A. SAUVY Histoire économique de la France entre les deux guerres vol. 1, 1965 - P. 501

(2) Depuis 1930 le dispensaire assure les examens cliniques et radiologiques des enfants qui partent en colonies de vacances. Dès 1931 les services de radioscopie et de radiologie représentent donc à eux seuls 20 % des actes médicaux et chirurgicaux de l'établissement.

### Le tournant des années 1930

Face à un monde qui change, à l'Etat dont le rôle s'accroît dans tous les domaines, à un service social qui commence à s'organiser, le dispensaire doit d'adapter, se transformer. Certes il reste toujours au service de l'enfant d'autant que le problème démographique encore aggravé par la guerre est de plus en plus préoccupant. Mais si l'objectif est le même les moyens désormais différent.

L'attitude de l'Oeuvre devient moins individualiste. ; elle éprouve le besoin de s'intégrer dans des organismes plus vastes. En 1930 elle adhère au Comité National de l'enfance créé en 1923 dans le but de "coordonner les activités scientifiques et sociales qui s'occupent des questions d'hygiène infantile et d'organiser l'effort commun en faveur de l'enfance par le concours de toutes les organisations publiques et de toutes les initiatives privées". Dès lors, à plusieurs reprises, le dispensaire reçoit des subventions du Ministère de la Santé et de l'Hygiène au titre de l'assistance maternelle et de la pédiatrie de l'enfance préscolaire. Par ailleurs, sa participation aux journées de l'enfance lui permet de bénéficier de quelques chèques. Ces recettes extraordinaires représentent déjà, en 1933, 38,29 % de l'ensemble et contribuent donc à renflouer le budget. Le dispensaire participe au Comité Départemental de coordination des oeuvres de bienfaisance de la ville et en 1940 il s'affilie au Comité Départemental des oeuvres de guerre.

Surtout, à la suite de la création des Assurances Sociales en 1930 le dispensaire signe le 11 Avril 1933 sa première convention avec la Caisse Primaire Départementale (1). C'est une véritable bouffée d'oxygène. Dès la première année il encaisse pour frais médicaux pharmaceutiques et chirurgicaux près de 10 000 Francs.

Même en déduisant les honoraires des médecins qui désormais sont rétribués (2), il n'en reste pas moins une somme non négligeable. Celle-ci triple ou quadruple les années suivantes. Le 9 Octobre 1936, le Comité avoue que "s'il devait refuser ses soins aux malades de la Caisse Primaire et de la Mutualité et par conséquent ne pas recevoir les prestations de ces malades l'Oeuvre ne serait plus viable d'autant que les souscriptions sont encore en régression". Aussi le 7 Décembre 1937, un nouvel accord est signé suivant lequel la Caisse Primaire versera une indemnité forfaitaire de 30 000 Francs si le nombre d'enfants soignés ne varie plus de plus ou moins 10 % par rapport à la moyenne des trois années précédentes.

(1) D'autres suivront avec la Caisse Primaire de la région provençale, la Caisse Primaire mutualiste, etc.

(2) Jusque là tous les médecins à l'exception d'un externe exerçaient bénévolement.

L'Oeuvre continue par ailleurs de prodiguer gratuitement des soins aux enfants indigents (1) bénéficie donc d'une nouvelle clientèle, celle des ouvriers ou petits employés. Cela ne va pas sans poser de problèmes notamment avec le syndicat des médecins. En 1935 et en 1936 à la faveur du front populaire celui-ci déclare la guerre aux dispensaires sous prétexte de concurrence déloyale : "tout établissement qui dispense autre chose que des soins gratuits n'est pas un dispensaire" : "le mot dispensaire profite d'une mystique qu'il est indispensable de faire disparaître". En outre, la maison subit la concurrence de nouveaux établissements, qui se sont créés à la suite de la loi sur les assurances sociales. Aussi en 1938, doit-il encore élargir sa clientèle à une troisième catégorie de malades, "les petits payants" qui ne sont ni assurés sociaux ni admis au titre de l'assistance médicale. Leurs moyens financiers trop réduits ne leur permettent pas de se payer une clinique et le dispensaire pour se les attacher, leur consent un tarif spécial.

Ainsi l'établissement s'est-il adapté aux nouvelles conditions créées par la législation sociale. Il a dû pour cela renoncer à soigner seulement les enfants indigents. Il a perdu de ce fait une partie de sa spécificité mais y a gagné de nouveaux moyens de financements nécessaires à la poursuite d'une indispensable modernisation.

### 1939 - 1987 : Vers une complète reconversion

#### Encore la guerre

Une nouvelle fois la guerre bouleverse la vie de l'institution. Après la fermeture annuelle du mois d'août le dispensaire ne reprend ses activités qu'en décembre, quand les médecins mobilisés ont reçu l'agrément des autorités militaires pour pouvoir continuer leur service. Cette réouverture répond à un réel besoin ; le 29 avril 1941 le Conseil d'Administration en témoigne : "malgré des difficultés sans nombre (...), nous n'avons pas voulu fermer les portes car plus que jamais l'utilité de l'oeuvre paraissait évidente (...) les services et nos consultations sont plus actifs que les années précédentes", ce qu'il explique par l'affluence vers le Midi des réfugiés du nord de la France et la fermeture d'autres oeuvres de bienfaisance. Mais les obstacles à surmonter s'accroissent ; très vite se pose le problème du ravitaillement, surtout en ce qui concerne le régime lacté des enfants, puis c'est celui du chauffage qui se conjugue plus tard avec la fréquence des alertes pour désorganiser totalement le service chirurgical, sans compter qu'il est de plus en plus difficile de se procurer du matériel médical.

(1) Ils étaient à 687 en 1931, chiffre à peine supérieur à la moyenne annuelle de la première décennie du dispensaire.

La réduction progressive des activités entraîne une diminution des remboursements de la part des Caisses. Par ailleurs, les souscriptions se font de plus en plus rares du fait de la disparition ou de l'éloignement de nombreux membres, dont certains administrateurs, bloqués en zone occupée, réfugiés en Suisse ou en Algérie ou même déportés comme le Dr RODOCANACHI qui meurt à Buchenwald en Février 1944. Quant au legs de 100 000 Francs du Comte Gilbert de Voisins décédé en 1939, il reste bloqué jusqu'à la fin de la guerre. Une fois de plus le dispensaire est donc aux prises avec des problèmes financiers. Il multiplie les "appels urgents" et finit par bénéficier de certaines aides, du Secours National en 1941, de l'Entraide française en 1945 tandis que le Conseil Municipal et le Conseil Général reprennent momentanément le versement de quelques subventions. Cela permet de mettre en place une consultation de nourrissons en 1942 et d'ouvrir l'année suivante deux nouveaux services d'orthodontie et d'urologie : encore ce dernier ne peut-il fonctionner que grâce au matériel personnel de son chef, le Dr MONTHIEU. Quant à celui de neuropsychiatrie, il ne peut voir le jour qu'à la fin du conflit. Les dépenses d'entretien surtout sont différées : lorsque le 15 Novembre 1943 le Ministère de la Santé et de l'Hygiène exige des boxes d'isolement plus perfectionnés, le Comité explique qu'il ne peut entreprendre une telle dépense faute de moyens. Et en 1946, il reconnaît "l'immeuble a besoin d'un nettoyage complet, de peinture, de modifications modernes si nous voulons que le dispensaire se maintienne à la hauteur de son excellente réputation".

Alors qu'en 1939, celui-ci semblait avoir péniblement réussi le passage de l'oeuvre de bienfaisance à l'hôpital d'enfants, la guerre a compromis ce redressement. L'après guerre le rendra impossible.

#### Une situation tragique

En 1945, la création de la Sécurité Sociale en généralisant la protection sociale à l'ensemble de la population ouvre l'ère de l'Etat providence. La médicalisation de la société s'en trouve accrue, d'autant que les progrès de la médecine ne cessent de s'accélérer. Les dirigeants de l'oeuvre tentent désespérément de s'adapter mais si le nombre de consultations est satisfaisant celui des hospitalisations est toujours en régression. Or, il faut se conformer à la loi et revaloriser les salaires qui augmentent en un an de 55 % entre 1944 et 1945. La situation financière est donc catastrophique. Le Conseil d'Administration l'avoue lors de sa séance du 11 Mars 1945 : "Cette année a été une année d'angoisse, nos dépenses augmentant toujours et nos ressources ne suivant pas la même marche ascendante (...) situation tragique puisque nous sommes obligés de prendre sur nos réserves afin de pouvoir continuer à vivre".

On décide pourtant de se moderniser coûte que coûte. Début 1946, on met en place un personnel plus jeune, plus compétent, plus diplômé. Six mois plus tard, on fait appel à la collaboration de la Croix Rouge pour réorganiser l'hôpital. En Décembre 1946, enfin, on réalise la séparation juridique de celui-ci et du dispensaire. Une société à responsabilité limitée est créée, elle a pour objectif "l'exploitation d'une clinique chirurgicale (...) cette société prend le nom de clinique Gilbert de Voisins, chirurgie infantile". Elle garde pourtant des liens avec le dispensaire : elle est administrée par les membres du Comité de l'Oeuvre des enfants malades : Mme ZARIFI, vice-présidente, en assure la gérance et Mr COUVE, trésorier, reçoit pouvoir d'en assumer le fonctionnement. A sa mort, en 1951, il est remplacé par Mr ZAFIROPOULO. La société verse un loyer pour l'utilisation des locaux et participe pour un pourcentage forfaitaire aux charges du dispensaire.

Cette nouvelle structure juridique doit permettre de revaloriser l'établissement. Dès 1947, pour répondre à la demande de nombreux assurés sociaux et membres des mutuelles, le deuxième étage est transformé en chambres particulières : deux ans plus tard le premier étage est lui aussi équipé de boxes "pour permettre aux mères de rester auprès de leurs enfants pendant le traitement". En 1948, on renouvelle le matériel chirurgical : table d'opération, appareil d'anesthésie, tentes à oxygène, etc. L'équipe médicale peut alors "intervenir dans n'importe quelle complication opératoire (...), après être classée comme une maison parfaite pour l'enfant, notre oeuvre est en passe de devenir une oeuvre nationale car nous recevons des malades non seulement des départements voisins mais aussi de Genève et de Tunis". Même souci de modernisation au dispensaire qui ouvre de nouveaux services - médecine endocrinienne, orthopédie, orthoptique, psychiatrie - avec le désir clairement avoué d'attirer une clientèle plus nombreuse, génératrice de recettes plus importantes.

Mais l'oeuvre s'essouffie à essayer de suivre les progrès de la thérapeutique, elle subit la compétition des cliniques privées et surtout des établissements d'Etat. "nos ressources ne pouvant entrer en concurrence avec celles des pouvoirs publics". Par ailleurs, à partir de 1960, la Sécurité Sociale assure un meilleur remboursement des honoraires médicaux aussi "beaucoup de mères de familles préfèrent pour s'éviter un dérangement s'adresser à un médecin de quartier plutôt que de fréquenter, sauf nécessité, un dispensaire comme le nôtre". L'établissement, qui avait pourtant opéré un certain redressement au début des années 1950 soigne maintenant de moins en moins d'enfants. En 1961, une nouvelle hausse des salaires est annoncée, incapable de remplir cette dernière obligation, le 28 Septembre 1961, une Assemblée Générale Extraordinaire se prononce, le mort dans l'âme, pour la dissolution.

### Un quart de siècle de sursis

Pourtant, tel un phénix, le dispensaire aussitôt renaît de ses cendres.

Divers organismes, en effet, sollicitant la faveur d'assumer sa succession. Désireuse d'assurer la pérennité de l'oeuvre de leur fondatrice mais consciente aussi que "les besoins en consultations médicales (...) n'existent guère dans un quartier desservi non seulement par (...) les services de pédiatrie de la Conception (...) mais aussi par les créations d'hôpitaux privés tels que l'hôpital St Joseph, l'hôpital Ambroise Paré, la Croix Rouge", le Conseil d'Administration admet qu'une reconversion est indispensable. Parmi les propositions il sélectionne en 1962 celles de l'Association régionale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (ARSEA) dont la présidente est Mme Germaine POINSO-CHAPUIS (1). L'Oeuvre accomplit alors une véritable mutation au profit non plus d'enfants malades mais d'inadaptés physiques ou mentaux et des cas sociaux. Elle vise à assurer leur maintien à domicile tout en soulageant les familles sur le plan éducatif. La reconversion complète des activités s'accompagne de changements au sein du Conseil d'Administration où Mr J. MARGNAT devient président tandis que Mme ZARIFI assure la continuité en gardant la vice-présidence. Le nouveau centre Gilbert de Voisins est solennellement inauguré le 24 Juillet 1964 par le Préfet R. COUSIN, comme il l'avait été trois quarts de siècle plus tôt par le Député Jules CHARLES-ROUX.

Dès lors, sous l'influence de Mme POINSO-CHAPUIS, une réforme structurelle de l'Oeuvre est entreprise. Trois organismes coexistent désormais. Au premier étage, un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Il reçoit des enfants présentant des troubles du comportement. Ils sont traités par une équipe de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues, de rééducateurs. Au rez-de-chaussée, un service d'AEMO (aide éducative en milieu ouvert) a pour but de pallier les carences éducatives dont souffrent certains enfants en milieux défavorisés et de prévenir les effets de l'inadaptation. Toujours au rez-de-chaussée, mais sur l'arrière et donnant dans la cour, une garderie spécialisée pour les encéphalopathes moteurs. Elle accueille en demi-pension 35 enfants dont elle assure le transport quotidien. Toujours au service de l'enfance défavorisée mais ayant désormais réorienté ses activités en fonction des nouveaux besoins sociaux, l'Oeuvre Gilbert de Voisins est donc repartie par un quart de siècle.

(1) G. POINSO-CHAPUIS, née à Marseille en 1901, avocate, participe dans l'entre deux guerres à plusieurs mouvements féministes. Résistante active, elle est élue Député MRP en 1945 et obtient en 1947 le Ministère de la Santé Publique dans le cabinet R. SCHUMAN.

En 1987, pourtant elle ferme ses portes définitivement, victime peut-être cette de l'inadaptation et de l'exiguité de ses locaux (1). Dès 1969, en effet l'AEMO dont les activités s'accroissent et qui traite des cas sociaux de plus en plus nombreux, est obligée de quitter la rue St Sébastien pour le 64, rue Montgrand. En 1966, le CMPP rééduque 810 enfants dont plus de 21 % pour dyslexie et dysorthographe. En 1971, il déménage une partie de ses services et n'accueille plus au centre Gilbert de Voisins que 300 cas environ, chaque année. Par ailleurs, l'Association des infirmes moteurs cérébraux a décidé de créer au Roucas Blanc un foyer-internat d'accueil pour enfants et adolescents multihandicapés. Les Violettes, seule institution de la région à admettre des débiles grabataires, ouvre ses portes en Décembre 1972. Dès Mai 1973 une vingtaine d'enfants de la garderie y sont admis. Celle-ci a désormais un avenir de plus en plus précaire, beaucoup de parents optant pour la formule de l'internat. Elle n'accueille donc en 1980 que les plus jeunes, trop petits pour être mis en pension. Victime de cette hémorragie généralisée, l'Oeuvre dès 1985 est condamnée. L'ultime témoignage de son existence est donné deux ans plus tard, dans un message manuscrit de son dernier président, en exercice entre le mois de Novembre 1960 et la fin de 1985. Il reconnaît "mettre un terme à une centaine d'années au service de l'enfance malade et pauvre à son début (et dans le cadre du bénévolat) puis de l'enfance inadaptée.

Naissance, vie et mort d'une institution, c'est ce que nous avons tenté de retracer dans ces quelques lignes en nous efforçant de mettre en évidence la distorsion qui existe entre les buts et les moyens. Permanence du but : l'Oeuvre fut toujours au service de l'enfance malheureuse, c'était le voeu de sa fondatrice, ses administrateurs ne lui furent jamais infidèles et, après 1962, quand une autre femme redonne vie à l'institution c'est toujours avec le même objectif. Mais variété des moyens utilisés pour maintenir ce cap à travers les bouleversements qui pendant un siècle ébranlent la société : deux guerres mondiales, une grave crise économique, la puissante grandissante d'un Etat de plus en plus protecteur, des techniques médicales sans cesse perfectionnées.

Oeuvre de bienfaisance traditionnelle qui distribue des secours, elle a très tôt mis l'accent sur le secteur médico-social où elle s'est longtemps efforcée de tenir une place de premier plan pour finir par se reconvertir dans la lutte contre les inadaptations de toutes sortes, physiques et mentales, psychiques et sociales. Fonctionnant d'abord grâce au bénévolat et à l'aide généreuse de ses bienfaiteurs comme des collectivités locales, elle donne des soins gratuits. Puis elle s'insère dans le système complexe des Caisses d'Assurances Sociales d'abord, de la Sécurité Sociale ensuite, dont les prestations lui permettent de survivre, sans abandonner les indigents elle élargit alors sa clientèle à de nouvelles catégories sociales plus exigeantes sur la qualité des soins et du confort incapable de rivaliser sur ce point avec des concurrents plus nombreux, elle se résoud alors à mettre ses locaux à la disposition d'organismes qu'elle ne contrôle plus vraiment jusqu'au jour où ceux-ci l'abandonnent et l'obligent à fermer ses portes.

(1) Il ne s'agit là que d'une hypothèse, les archives des dernières années n'ayant pas été déposées.

Cette évolution, ses causes et ses effets peuvent être reconstitués à travers les documents légués par l'Association, à condition toutefois de savoir lire entre les lignes, d'interpréter certains silences révélateurs et d'éclairer par le contexte général les péripéties de l'institution. Certains renseignements pourtant font défaut qui auraient permis de préciser des points restés obscurs ou mal élucidés. Les grands absents surtout reconnaissons-le, ce sont les enfants : ils sont pourtant les héros de cette histoire. Mais les dossiers individuels qui nous auraient permis de déterminer leur âge et leur sexe, d'apprécier leur origine ethnique, sociale ou géographique et de croiser ces paramètres avec les maladies traitées, ne sont pas parvenus jusqu'à nous. Ils auraient fourni des données précieuses pour une meilleure connaissance du petit peuple urbain et de sa morbidité. L'historien est un insatiable curieux ; il regrette toujours de devoir s'arrêter au seuil de la vie privée fut-ce au nom du respect de l'individu - il est vrai qu'on pourrait facilement concilier les deux par des études purement statistiques qui préserveraient l'anonymat. Ce travail n'avait d'autre but que d'attirer l'attention du public et des institutions sur l'impérieuse nécessité de conserver les archives et d'en faciliter la consultation aux chercheurs, comme a su si bien le faire l'Oeuvre Gilbert de Voisins. C'est la seule condition pour pouvoir faire un jour l'histoire de la Sécurité Sociale.

Eliane RICHARD  
Université de Provence.

## LA PROTECTION DE L'ENFANCE A MARSEILLE

### L'OEUVRE DU DOCTEUR SIMONE SEDAN

---

L'action sociale de Simone SEDAN s'inscrit dans un contexte historique bien précis : les lendemains de la première guerre mondiale.

Déjà affaiblie avant 1914 par le déclin de la natalité, la FRANCE avait perdu dans la guerre plus d'un million et demi de jeunes hommes en âge de procréer : d'autres étaient revenus infirmes ou gravement malades : le nombre des naissances continuait à décliner, la mortalité infantile restait très élevée dans les classes pauvres, l'avenir démographique s'annonçait désastreux. Il devenait urgent de "sauver la graine" comme avait dit PASTEUR à propos des vers à soie. A la suite d'un Congrès de l'enfance, tenu à Genève, et qui avait élaboré une déclaration des droits de l'enfant, un Comité National de l'enfance avait été créé en FRANCE, en 1923, dans le but de "coordonner les activités scientifiques et sociales qui s'occupent des questions d'hygiène infantile, et d'organiser l'effort commun en faveur de l'enfance par le concours de toutes les organisations publiques et de toutes les initiatives privées". Des sections départementales relayaient le Comité national.

En même temps s'opérait une autre mutation des moeurs et des mentalités. La lutte contre la misère changeait d'objectif et de méthode : désormais la misère physiologique passait au premier plan, et ceux qui s'y attaquaient devaient posséder une compétence scientifique et technique. L'ancienne charité chrétienne ne suffisait plus. Il fallait arracher les pauvres à une résignation millénaire devant la malice et la mort, il fallait leur donner l'espoir et le désir de la santé, il fallait enseigner aux jeunes mères les gestes qui sauveraient leurs petits. Avec l'hygiène sociale, l'action médicale prenait l'allure d'un apostolat laïque. L'hygiène sociale, coeur cadette de l'hygiène privée et de l'hygiène publique, met l'accent sur la prévention, la "prophylaxie", le "cibistace". Elle vise à empêcher, ou du moins à limiter les contagions et les infections, non plus seulement grâce aux vaccins, mais aussi grâce à un effort de surveillance et d'éducation auprès des masses populaires. Les pouvoirs publics étaient désormais tout à fait décidés à soutenir le corps médical dans cette noble croisade. Au cours des années vingt, il n'est pas un discours de propagande électorale, à quelque niveau que ce soit, qui ne mette au premier plan l'hygiène sociale, et notamment la lutte contre la mortalité infantile (2).

Dans le cadre de la cité phocéenne, le docteur Simone SEDAN est à la tête de ce mouvement.

Elle était née à GRENOBLE en 1898. Mais c'est à MARSEILLE où son père, le Colonel BAUBY, avait été muté, qu'elle a commencé ses études de Médecine, pendant la guerre de 1914-1918. Les femmes médecins étaient encore rares car elles avaient eu du mal à se faire accepter. On composerait un sottisier de belle taille en rassemblant les arguments employés pour les détourner des études, pour les écarter de l'externat, et surtout de l'internat. Mais pendant la "grande guerre" les tâches du corps médical s'étaient considérablement alourdies. Il n'y avait pas seulement des blessés, mais aussi les nombreux "réformés n° 2", atteints de maladies graves : la tuberculose, la syphilis ; de retour dans leurs familles ils infectaient leurs proches. D'ailleurs les foyers modestes ne disposaient que de ressources précaires, réduites par la mobilisation du père : la morbidité, la mortalité remontaient de manière inquiétante. En même temps les dames des milieux aisés, révélaient dans l'épreuve des aptitudes, des compétences, une efficacité, jusqu'alors insoupçonnées du coup. Les barrières se sont abaissées devant elles, on les a laissées entrer de plain-pied dans l'art de soigner. Ces circonstances exceptionnelles expliquent sans doute à la fois la vocation de Simone BAUBY et le consentement des parents.

Il lui fallut encore vaincre la résistance de Jean SEDAN, son fiancé, puis son époux, lui-même jeune médecin. Leurs amis rapportent à ce sujet quelques anecdotes significatives. Jean SEDAN s'attendait à ce que sa future épouse mit un terme à ses études, décision qui semblait aller de soi. Il le lui dit. A la suite de cette conversation Simone BAUBY sans doute profondément bouleversée, écrivit une lettre de rupture et la confia à un couple d'amis communs, chargés de la remettre au destinataire : elle y joignit, comme ultime souvenir, le stylo qui avait servi à écrire la lettre. Le jeune homme reçu le choc avec une émotion intense : la mort dans l'âme, il courut au domicile de celle qu'il considérait comme sa fiancée ; après une longue conversation avec le père de celle-ci, il céda : il la voulait pour femme, elle ferait ce qu'elle voudrait. Ce consentement n'allait pas sans arrières pensées. Jean SEDAN espérait que l'amour maternel triompherait là où l'amour tout court échouait. Le mariage eu lieu le 13 Septembre 1920, et le premier enfant Henry naquit le 23 Juillet 1921. Mais le jeune père ne renonça pas à ses études, pas plus qu'elle n'abandonna ses activités, quand son second fils, Robert, vint au monde, le 2 Octobre 1928. Quelques signes laissent deviner la déception, l'irritation de son mari : un jour que, dans une salle d'hôpital Simone SEDAN examinait un malade sous le regard de son "patron", ce dernier voyant entrer le docteur Jean SEDAN se précipita vers la porte pour le détourner, afin de lui épargner un spectacle qu'on savait lui être fort désagréable.

Les épisodes donnent un aperçu des sacrifices alors demandés aux filles qui voulaient faire des études : il fallait en principe qu'elles renoncent à se marier et donc à être mères. C'était le prix à payer pour accéder à des métiers, à des intelligences, à des responsabilités jusque là réservés aux hommes. La requête de Simone BABY montre que les meilleures étaient déterminées à payer ce prix. Mais l'épreuve imposée aux hommes de cette génération n'était pas moindre : laisser sa femme exercer la médecine c'était, pour Jean SEDAN, affronter la réprobation de sa famille, de ses amis, de tout son milieu : c'était piétiner ses traditions vénérables, renoncer au prestige du "chef de famille", protecteur du foyer : c'était accepter une transformation radicale des rôles dans le couple, entrer dans un monde nouveau et inconnu... La résignation inquiète de Jean SEDAN ne manquait ni de mesure ni de mérite.

Sa femme le servait. Aussi veilla-t-elle à apaiser cette souffrance, à dissiper le éventuel ressentiment. C'est du moins ce que ses stigmates certaines orientations de sa vie professionnelle, fille à travaillé bénévolement, toujours et partout, sans jamais accepter aucune rémunération, laissant à son homme la charge et l'honneur de nourrir la famille. Aussitôt qu'elle a pu, c'est-à-dire quand ses fils ont grandi, elle est devenue l'assistante (bénévole) du docteur Jean SEDAN, elle a servi de son mieux la carrière de celui-ci. Il s'était spécialisé en ophtalmologie, et exerçait notamment à l'hôpital Saint-Joseph. Le couple a atteint une notoriété nationale, puis internationale.

Mais tout en accomplissant scrupuleusement ses devoirs d'épouse dévouée, la jeune femme donnait libre cours à une vocation personnelle exigeante et lumineuse : elle a été à MARSEILLE une pionnière en matière de protection de l'enfance femme et mère elle-même, elle voulait aider les autres mères. Sans doute fut-elle encouragée par son maître, Constantin ODDO, fondateur, dès 1901, d'une "Oeuvre antituberculeuse" où l'on s'occupait de la "préservation de l'enfance". Le Professeur ODDO avait déjà expérimenté les instruments de l'hygiène sociale : le dispensaire où l'on donnait aux pauvres des consultations gratuites, et l'infirmière visitrice, à la fois soignante et éducatrice, qui expliquait aux patients les consignes d'hygiène et allait voir à domicile si ces consignes étaient bien comprises et bien respectées. Au seuil des années 1920, le Professeur ODDO avait provoqué la création d'une école privée d'infirmières visitrices de la tuberculose, grâce aux subsides de la mission ROCKEFELLER, et avec le concours de son épouse (3). Mais pour la protection de l'enfance, il n'existait encore rien d'aussi organisé. L'"Oeuvre des nourrissons", fondée par les professeurs d'ASTROS et CASSOUTE en 1906 n'offrait guère que des consultations gratuites et des secours d'urgence.

Madame SEDAN a soutenu sa thèse de médecine à MONTPELLIER (4), le 30 Avril 1926, sur le sujet "Projet d'une organisation méthodique de la protection de l'enfance à MARSEILLE". Ce "projet" exprimait une résolution très ferme : l'auteur savait ce qu'elle voulait et le voulait fortement. Elle était allée à LYON étudier sur place un modèle déjà rodé depuis 7 ans. En effet, LYON, choisie comme ville pilote, avait bénéficié, dès 1919, d'une aide substantielle, en argent et en conseillers, de la CROIX-ROUGE américaine : des institutions rationnelles avaient été mises en place, et elles avaient fait leurs preuves puisque la mortalité avait baissé. Simone SEDAN voulait transplanter le modèle à MARSEILLE. Sa thèse expliquait comme on pouvait imposer une surveillance médicale aux femmes enceintes, aux nourrissons, aux enfants du 2e âge (de 2 à 6 ans), aux enfants d'âge scolaire. La clé de voûte de son projet c'était une association (loi 1901), d'infirmières visiteuses, fondée le 20 Janvier 1926 (5), association qui se mettait au service de toutes les initiatives privées ou publiques, en s'adaptant à leurs objectifs pour préserver leur indépendance, en s'efforçant d'éclairer et de coordonner leurs actions. MARSEILLE était divisée en 8 districts (dessinés en tenant compte des difficultés de déplacement), chaque district en 4 ou 5 secteurs. A chaque secteur était affecté une infirmière visiteuse à laquelle devaient être "signalées" les familles à "prendre en charge". "Signalées" par qui ? Les femmes enceintes le seraient par les Caisses de Compensation ou par le service municipal de la loi STRAUSS (6), les nourrissons par l'état civil, les enfants d'âge scolaire par les infirmières scolaires ou par les instituteurs. "Prendre à charge" qu'était-ce ? La visiteuse devait aller visiter la famille à domicile, observer les conditions matérielles d'existence, éduquer la mère, et même la "diriger" "impérieusement", conduire, s'il le fallait l'enfant en consultation, ou appeler un médecin, veiller à l'exécution des ordonnances, etc. Cette démarche et ce langage semblent de nos jours terriblement inquisiteurs (7) : en 1926, une médicalisation autoritaire et contraignante paraissait justifiée par l'urgence. Une fois par semaine toutes les visiteuses d'un district se réunissaient, sous la direction de leur chef de district : elles rendaient compte de leur travail, et recevaient les nouveaux "signalements". Les chefs de district se réunissaient elles aussi chaque semaine au "Central". Tout un système de fiches à volets et de carnets de santé permettait de "suivre" chaque enfant. L'Association des infirmières visiteuses ne distribuait elle-même aucun secours, elle aidait seulement les familles dociles à obtenir tel ou tel subside, telle ou telle prestation : c'est pourquoi elle se tenait en relation avec toutes les œuvres privées et publiques.

Madame SEDAN recrutait avec soin ses collaboratrices. Membre du Conseil d'Administration de l'école fondée par le Professeur ODDO, elle avait fait ajouter une formation de visiteuse de l'enfance à celle de visiteuse de la tuberculose. Elle était examinatrice à l'examen de sortie de cette école, ce qui lui permettait de choisir parmi les lauréates. Chaque semaine elle présidait les réunions du "Central", elle s'occupait de tout, aucun détail ne lui échappait. Dans l'immédiat, elle aidait à faire face aux urgences, médicales ou sociales. Mais au-delà du quotidien, elle s'efforçait d'évaluer les besoins, de discerner les causes profondes de la misère et de la maladie, afin de proposer aux pouvoirs publics des mesures ou des réformes utiles. Celles qui ont travaillé avec elle se rappellent sa clairvoyance, la sûreté de son jugement, la précision de ses directives.

Bientôt la généralisation des allocations familiales et des assurances sociales développa le rôle social des infirmières visiteuses. En 1938, un décret sépara les deux professions d'infirmière et d'assistante sociale : presque toutes les visiteuses devinrent des assistantes sociales. L'association créée par Madame SEDAN prit le nom de Service Social Familial et travailla en relation avec les mouvements familiaux.

Mais ce service, qui fonctionnait activement, à la satisfaction de tous, fut fonctionnarisé le 1er Avril 1941, à la demande de sa fondatrice elle-même. Ce qui s'est passé là est assez exceptionnel et montre l'étonnante abnégation de Madame SEDAN. Sur l'ordre de l'Etat français qui tenait à protéger la famille, le Préfet des Bouches-du-Rhône avait créé sur le papier un service départemental de Protection Maternelle et Infantile, dont l'organisation et la direction étaient confiées au docteur Yvette DUFOUR. Celle-ci vit un jour entrer dans son bureau Simone SEDAN qui venait lui "faire cadeau" (le mot est d'Yvette Dufour) de son service déjà si parfaitement organisé et si bien rodé. "Le gouvernement fait son devoir, disait, en substance, Simone SEDAN, c'est bien à lui de prendre en charge cette lourde et belle tâche. "Il faut lui faire confiance". Pourtant un tel ralliement n'allait pas de soi : beaucoup d'oeuvres privées voyaient au contraire d'un mauvais oeil la concurrence de l'Etat et des pouvoirs publics. Mais Madame SEDAN ne voulait connaître que l'intérêt général : pour faire face à des besoins immenses elle pensait qu'un service public disposerait de ressources plus larges et plus sûres qu'une oeuvre privée. Elle était sans doute déjà gagnée au principe de la Sécurité Sociale qui devait triompher en 1946.

Dans la suite, son activité au service de l'enfance ne s'est pas ralentie, mais on en discerne moins nettement les perspectives. Il faut dire qu'on bute là sur un obstacle majeur qui cache aux historiens toutes les entreprises de Simone SEDAN : elle a laissé peu de traces, on ne trouve sur elle aucun document, aucun dossier un peu nourri. Cela tient à son refus absolu de faire carrière, à son désir d'effacement. Et les témoignages qu'on peut recueillir, émanant de personnes âgées, elles-mêmes fort modestes et désintéressées, manquent souvent de précision.

Il semble que pendant l'occupation, Simone SEDAN ait commencé à donner un peu de son temps à ce qui s'est ensuite appelé la Sauvegarde de l'enfance, institution fondée par Germaine POINSO-CHAPUIS, auprès des tribunaux, pour s'occuper de la délinquance juvénile. C'est peut-être aussi à cette époque qu'elle est devenue la cheville ouvrière de la section départementale du Comité National de l'enfance, se dépensant sans compter pour des distributions de lait dans les crèches, les écoles, les familles. A ce titre, elle est entrée à l'état-major de l'UDOPSS (Union Départementale des Oeuvres Privées Sanitaires et Sociales). Chaque année depuis lors, elle organisait un semaine de l'enfance destinée à procurer des ressources à toutes les oeuvres s'occupant d'enfants. Mais c'est sans doute à la CROIX-ROUGE qu'elle a donné le meilleur d'elle-même. Elle en dirigeait la section enfance. C'est là qu'on la retrouve, au lendemain de la Libération, attelée à une entreprise nouvelle : la création d'un aérium pour enfants à MEREUIL, près de SERRES, dans les HAUTES-ALPES.

En Octobre 1946, les services sociaux de MARSEILLE, avaient demandé à la CROIX-ROUGE d'ouvrir un aérium de montagne destiné aux enfants de 3 à 6 ans. Ce voeu était justifié : nombreux étaient les enfants sous-alimentés, les cuti-réactions positives : les enfants de MARSEILLE, vivant au bord de la mer toute l'année, avaient besoin de montagne. Une grande maison dite "Château de MEREUIL" se trouvait libre ; la propriétaire accepta une location, ce qui permit à la CROIX-ROUGE de faire un essai de fonctionnement avant de prendre une décision définitive. Au bout d'un an, l'expérience était concluante. Les enfants déficients se rétablissaient à MEREUIL avec une étonnante rapidité. Trois mois de séjour permettaient à la plupart d'entre eux de récupérer un excellent état général. La CROIX-ROUGE adopta définitivement le projet. L'ouverture de l'aérium eut lieu le 2 Août 1947, avec 15 lits. Simone SEDAN avait pris la chose en main et conduisait les opérations avec la douce énergie et la vigilance qu'on lui connaissait. Elle allait souvent à MEREUIL pour voir les enfants : elle accompagnait sur le quai de la gare le départ de chaque cohorte, même aux heures de nuit. Le succès était si évident que le nombre des places apparut vite insuffisant et Madame SEDAN se mit à étudier des plans d'extension des bâtiments. En Mars 1948, la CROIX-ROUGE suédoise connaissant les immenses besoins créés par la guerre et l'occupation en FRANCE, envoya une mission auprès de la CROIX-ROUGE Française. Nombreux étaient les comités sollicitant un don suédois. Mais la CROIX-ROUGE amie fut séduite par le cadre de MEREUIL et par les projets de la principale responsable. Un don de 15 Millions permit à la CROIX-ROUGE de MARSEILLE d'acheter le château de MEREUIL, de construire et d'équiper le pavillon FOKE-BERNADOTTE, ce qui portait le nombre de lits à 50. Pourtant les demandes d'admission augmentaient sans cesse, si bien que Simone SEDAN se remit à préparer un nouveau programme d'extension, en 1953. Elle est morte avant d'en avoir vu la réalisation. La CROIX-ROUGE a donné son nom au nouveau pavillon, inauguré en Juillet 1956 par l'Ambassadeur André FRANCOIS-PONCET, alors Président de la CROIX-ROUGE française.

La dernière réalisation de Madame SEDAN au Service de la section enfance de la CROIX-ROUGE, ce fut la crèche du Boulevard des Dames. Déjà malade, elle n'a pourtant pas épargné sa peine pour donner aux familles de ce quartier populaire une crèche moderne, accueillante, remarquablement équipée.

Entre 1944 et 1954, la réputation de Madame SEDAN est telle que beaucoup d'oeuvres sociales cherchent à l'attirer dans leur Conseil d'Administration. Elle revient l'âme de l'Entr'aide Médicale : là elle se penche sur la misère souvent cachée des veuves de médecins et de leurs enfants. Au profit de cette oeuvre, elle participe à l'organisation du Salon des Médecins en 1953 et d'un "Lunch Musical" en 1954. D'un autre côté, l'Entr'aide des Bouches-du-Rhône, spécialement vouée à s'occuper des vieillards, lui a exprimé publiquement sa reconnaissance.

"Lorsqu'elle présidait une réunion, elle était ponctuelle, l'ordre du jour était précis, elle exposait les questions avec la plus grande clarté (...). Elle laissait parler, écoutait attentivement et tenait le plus grand compte de tous les avis et suggestions (...). Par sa seule présence, elle arrêta les bavardages inutiles et les discussions oiseuses. Incapable d'un mouvement d'impatience ou d'un mot de découragement, elle stimulait, encourageait, aidait, avec une charmante simplicité (8).

Il reste à mentionner le courage de Simone SEDAN face aux épreuves qu'elle a subies. Son fils aîné, Henry, a été tué au cours de la libération de MARSEILLE le 17 Août 1944, à 23 ans. Deuil atroce, occupée à soigner les blessés, la mère n'a interrompu son travail que quelques heures. Mais aussitôt après, le 29 Août, geste étrange et étonnant, elle a rédigé son testament. Elle y exprime notamment le désir que Bob, son second fils, veille à ce que les dispositions prises pour perpétuer le souvenir d'Henry (prix, dotations) soient bien observées et si possible complétées. Au-delà, elle a porté discrètement sa douleur : tant d'autres mères avaient donné leurs enfants à la patrie...

La maladie qui devait l'emporter était un cancer du sein. Elle en a connu tout de suite la gravité et le pronostic, alors fatal. Elle n'en a pas moins poursuivi toutes ses activités, aussi longtemps qu'elle a pu. Son entourage la voyait fidèle au poste, diminuée physiquement mais toujours aussi lucide, aussi dévouée. Le docteur Louis MONTAGNIER qui lui a donné les derniers soins, témoigne ainsi sur sa fin :

"Ayant eu le douloureux privilège d'être de ceux qui l'ont accompagnée pendant ses dernières épreuves, je témoigne qu'il y eut rarement parmi nous de femme plus noble. Jusqu'au moment où une grâce providentielle - lui épargnant les affres et les déchéances de l'agonie - lui permit de s'endormir dans la Paix du Seigneur, elle n'a cessé de penser aux autres : ne voulant donner aucun travail supplémentaire, acceptant avec un sourire les thérapeutiques désagréables, remerciant pour le moindre service rendu, minimisant sa peine pour nous aider à retenir l'expression de notre émotion, comme SOCRATE, elle nous encourageait à poursuivre un combat inégal afin de ne pas nous laisser le regret de ne point avoir tout tenté. Cette mort, prévue, acceptée, offerte en toute sérénité a été l'apothéose de sa vie (P).

C'était le 27 Août 1954.

Les notices nécrologiques qui accompagnent sa disparition expriment l'affection et l'admiration les plus ferventes : on est bien au-delà des éloges conventionnels. Et quand, de nos jours, on questionne ceux qui l'ont connue, ils trouvent spontanément le ton de l'hagiographie.

Une rue de MARSEILLE a reçu le nom du Docteur Simone SEDAN : c'est l'ancienne rue Autiq, où logeait autrefois le Comité de la CROIX-ROUGE, et où l'on trouve encore une clinique et une école d'infirmières appartenant à cette société. La délibération du Conseil Municipal, en date du 14 Mai 1956, faisait suite à une proposition émanant du Conseil Départemental de l'ordre des Médecins et du Comité Départemental de la CROIX-ROUGE. Il s'agissait de rendre hommage "à celle qui s'est distinguée à l'attention de nos concitoyens par ses remarquables œuvres sociales en faveur de l'enfance".

Yvonne KNIBIELHER,  
Université de Provence,  
Comité d'histoire de la  
Sécurité Sociale dans la FRANCE  
Méditerranéenne

NOTES

1. Nous devons l'essentiel de notre information au docteur Robert SEDAN, fils de Simone SEDAN. Qu'il veuille bien trouver ici nos remerciements.
2. Sur tout ceci, voir *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières en FRANCE, 1880-1980* sous la direction d'Yvonne KNIBIELHER, Hachette, 1984.
3. Voir Docteur Alexander Bruno, *Contre la tuberculose. La mission ROCKEFELLER en FRANCE et l'effort français*, PARIS 1925. Voir aussi *MARSEILLE Médical*, 15 Décembre 1924. L'école alors créée s'est plus tard installée boulevard de la Blancarde, où elle est encore : elle est devenue en 1938 une école double, formant des infirmières et des assistantes sociales, les deux professions ayant été dissociées.
4. L'école de médecine de MARSEILLE n'était pas encore une faculté et ne pouvait délivrer des titres universitaires.
5. Composition du bureau : Président : Professeur Léon d'ASTROS ; Vice Présidents : Professeurs GUERIN-VALMALE, Docteur CASSOUTE, Maître VILLAGE ; Secrétaire Générale : Madame Jean SEDAN. Membres : l'Inspecteur de l'Assistance Publique et plusieurs dames de la CROIX-ROUGE. Est adjoint au Bureau un comité composé des représentants de tous ceux qui s'occupent d'oeuvres pour l'enfance.
6. Les Caisses de Compensation, fondées par les industriels, distribuaient des primes de naissance et des primes d'allaitement aux salariés modestes. La loi STRAUSS attribuait une allocation aux femmes enceintes pour les inciter à ne pas travailler, à se reposer au moins pendant les derniers mois de leur grossesse.
7. Cf. Jeannine VERDES-LEROUX, *Le travail social*, Editions de minuit 1978.
8. *Semaines*, 24 Septembre 1954.
9. "In memoriam", Bulletin de la CROIX-ROUGE des Bouches-du-Rhône.

DE LA CHARITE PRIVEE A LA SECURITE SOCIALE

ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE  
ET EVOLUTION DE LA NOTION D'HOPITAL DEPUIS 1945

E. et J. DESANTI

La démarche habituellement adoptée dans l'étude de l'évolution de la protection sociale en FRANCE fournit l'image d'un déroulement de solutions, imposées par les circonstances, se succédant et se remplaçant de façon logique pour aboutir à un processus continu de progrès social. La prévoyance individuelle, réponse au besoin inné de sécurité de l'homme, fait place, pour pallier ses insuffisances, à une prévoyance collective d'abord familiale puis tribale, civique et enfin nationale. L'extension de la protection, qui en résulte, va concerner des risques de plus en plus divers et nombreux et s'adresser à des groupes d'individus de plus en plus importants jusqu'à englober l'ensemble de la population. Une telle extension va provoquer l'intervention des pouvoirs publics pour la contrôler, la réglementer ou la cautionner. Cette présentation des faits a l'avantage de la clarté et de la simplicité mais, par contre, elle masque un certain nombre de faits bien réels. Les solutions successives qui font l'évolution sociale ne se remplacent pas simplement mais le plus souvent se juxtaposent avec plus ou moins de bonheur suivant les circonstances qui accompagnent l'apparition de la nouvelle solution et suivant que le milieu social est plus ou moins apte à la recevoir. Les situations qui en découlent sont marquées par la confusion, les frictions, les conflits et parfois par le rejet.

L'histoire des établissements hospitaliers nous présente des faits comparables. Il est possible de présenter l'existence d'un établissement depuis sa lointaine création jusqu'à l'époque actuelle comme un déroulement continu de périodes de calme ou de crise, d'opulence ou de misère, de rayonnement ou d'effacement d'une même entité. En vérité il n'y a pas de points communs entre la fondation primitive, simple infirmerie de la communauté participant à la fonction générale de charité, en assurant au pauvre l'asile, la nourriture, le réconfort et la consolation en y ajoutant quelques soins et l'hôpital moderne spécifiquement et totalement adapté à son rôle de fournisseur de soins.

La mutation de l'établissement hospitalier s'est faite sous l'action des progrès des techniques et des connaissances médicales mais également sous l'influence des modifications du milieu social c'est-à-dire du comportement et des besoins de la population en matière de santé. L'adoption en 1945 d'un régime de Sécurité Sociale, en FRANCE, va profondément modifier le milieu social et il est intéressant d'étudier les réactions de l'hôpital devant cette situation nouvelle et les relations qui vont s'imposer entre hospitalisation publique et organismes d'Assurance Maladie.

A ce moment capital de notre Histoire, en effet, hospitalisation publique et Sécurité Sociale se trouvent également à l'aube d'une ère nouvelle.

Les hôpitaux français étaient révisés pendant la fin du XIXe et le début du XXe siècle par une législation datant de 1851 qui leur conservait leur orientation charitable originelle en les consacrant à l'accueil des sujets privés de ressources. Dans ce régime l'hôpital ne connaît pas de clientèle payante, son fonctionnement est assuré par son patrimoine et les apports variables des collectivités locales. Or l'hôpital va se trouver confronté à des situations nouvelles créées par les premières grandes lois sociales : assistance médicale gratuite 1893 - réparation des accidents du travail 1898 - assistance aux vieillards, aux infirmes, aux incurables 1905 - soins aux victimes de guerre 1919 - qui vont mettre en évidence sa désadaptation devant les besoins sociaux. Le développement des sociétés mutualistes et surtout la création en 1928 et 1930 des Assurances Sociales vont aggraver la situation en introduisant dans la clientèle hospitalière les premiers sujets payants soit directement soit par l'intermédiaire de leurs organismes de couverture.

Les inconvénients sont si évidents qu'ils entraînent la promulgation de la loi du 21 Décembre 1941 et de son règlement d'administration publique du 17 Avril 1943 constituant pour la première fois une "charte hospitalière", dont l'application était tentée par l'ordonnance du 2 Novembre 1945. A cette date, l'hospitalisation publique est en pleine réorganisation, la réforme induite par les textes depuis 1941 est récente et sa mise en oeuvre est inachevée car son application a été retardée par la situation dans laquelle se trouvent les hôpitaux du fait des spoliations, des destructions et de la pénurie due à l'état de guerre et à l'occupation. Cependant l'hôpital se transforme et l'on a pu dire : "l'hôpital a déjà perdu et perd chaque jour davantage le caractère charitable qui lui avait généralement servi de base. Il est devenu un établissement dont le caractère industriel et commercial s'affirme de plus en plus". Dans cette période les notions de "prix de revient, de rentabilité et d'efficacité" s'imposent en gestion hospitalière.

Parallèlement l'ordonnance du 4 Octobre 1945 a institué en FRANCE un régime de Sécurité Sociale qui va modifier profondément les comportements sociaux et dont la branche maladie va provoquer l'évolution de tous les acteurs du système de santé. Bien que le cadre de la nouvelle Institution ait été parfaitement tracé par le "Plan français de Sécurité Sociale de P. LAROQUE" l'importance qu'elle allait prendre dans la vie de la Nation ne pouvait pas encore être perçue. Pour le fonctionnement de la Sécurité Sociale, de nouveaux Organismes sont installés, héritiers des Caisses d'Assurances Sociales ils en diffèrent totalement par les moyens, l'ampleur du champ d'action et l'ambition des programmes.

L'hospitalisation publique se trouve donc en pleine période de réorganisation dans le même temps que les Organismes de Sécurité Sociale sont en période de création et d'expansion. Hôpitaux et Caisses de Sécurité Sociale font partie du même système de santé dont ils constituent les deux éléments principaux du système de "distribution de soins". Par contre leurs rôles diffèrent : les établissements hospitaliers sont créateurs de services et de biens de santé alors que les Organismes de Sécurité Sociale ont pour but de prendre en charge les conséquences de la maladie de leurs assurés. Normalement les relations entre ces deux partenaires devraient se limiter à la rémunération du service rendu aux assurés mais la politique des Caisses et leurs préoccupations économiques vont les amener à des prises de position concernant le fonctionnement et la conception du système hospitalier. Un document de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie résume ainsi la position des Caisses : "La Sécurité Sociale est intéressée au plus haut point par les problèmes hospitaliers, sa préoccupation essentielle en la matière est d'obtenir de tous les acteurs du système sanitaire une gestion aussi rationnelle que possible, afin que les soins auxquels ont droit les assurés sociaux soient délivrés au plus juste prix. "La relation hospitalisation publique Sécurité Sociale va donc s'installer sur une revendication des Caisses portant sur la qualité du service rendu et sur l'évaluation de son coût. Les échanges pourraient se borner à de simples discussions en matière de fixation de tarifs mais deux circonstances vont les amener à dépasser largement ce cadre :

- les Organismes de Sécurité Sociale vont rapidement se trouver le créancier privilégié ou même unique des hôpitaux :
- l'importance et la croissance rapide des dépenses d'hospitalisation vont en faire un élément capital de l'équilibre financier de l'ensemble du régime.

La question de la fixation des tarifs est par elle-même d'une grande importance et d'une grande complexité. L'existence de l'hôpital ne dépend plus de sa fortune mais des ressources provenant de son activité, "le produit des prix de journée". Cette situation est due à la transformation de la clientèle hospitalière primitivement composée de sujets démunis de ressources, actuellement devenue payante dans sa quasi-totalité. Le système hospitalier s'accommode du rôle de bailleur de fonds dévolu à la Sécurité Sociale mais s'inquiète, en même temps, de la voir intervenir dans les processus de détermination des tarifs des établissements, domaine dans lequel il aspire à rester seul maître. Sécurité Sociale et hospitalisation publique ont un même objectif : la distribution des meilleurs soins possibles à la population et ceci en recherchant la plus juste prix du service rendu. Les Organismes chargés d'étudier ce prix sont soumis à une double pression :

- celle des administrations hospitalières pour lesquelles la multiplication des journées autorisées et l'augmentation du prix de ces journées constituent le moyen le plus direct et le plus efficace de pourvoir aux nécessités financières valables aux établissements, assurément les possibilités de fonctionnement satisfaisaient mais aussi d'extension, de renouvellement et de perfectionnement des locaux et des matériels, de recrutement et de formation des personnels. On fait encore noter la crainte de voir utiliser la réduction des tarifs hospitaliers comme remède en cas de situation financière difficile du régime ;
- celle des responsables des Caisses pour lesquels les dépenses d'hospitalisation constituent le facteur primordial de la croissance des dépenses de santé alors qu'ils ne peuvent avoir aucune action sur la gestion des établissements et que la formule de fixation du prix de journée leur paraît confuse, injuste pour l'assuré et susceptible de provoquer des abus. La Sécurité Sociale qui supporte la presque totalité des coûts hospitaliers est exclue des instances qui décident de l'organisation et de la gestion des établissements ; "l'Assurance Malades composée d'organismes privés chargés d'un service public, n'a pas qualité pour négocier directement avec les établissements du service public hospitalier, les prérogatives de la puissance publique restant entières dans ce domaine". (P. EGGER)

A l'époque ces conceptions sont exprimées : "Les prix de journée forment la clef de voûte du régime financier des établissements hospitaliers" (GABORIT) ou encore "après avoir tâté des ressources...il faut résolument aborder le problème de l'accroissement de la clientèle. La présence du plus grand nombre possible de malades dans l'établissement lui permettra de plus heureuses gestions" (P. EGGER). A ces arguments les Caisses opposent la consécration à l'hospitalisation injustifiées, de prolongations de séjour sans soins médicaux véritables, de sous-occupations de services dus à la mauvaise organisation intérieure, à l'irrégularité du personnel médical et à des

préoccupations financières liées à l'existence de clinique ouverte ou de quartier d'hospice. La position des Organismes de Sécurité Sociale est délicate car il leur faut à la fois chercher à réduire ou au moins à maîtriser la croissance des dépenses d'hospitalisation et conserver la qualité des soins et même favoriser la réalisation des techniques les plus difficiles et les plus coûteuses parallèlement à l'amélioration des conditions d'hébergement et d'accueil des patients. Un exemple de l'ambiguïté de la démarche de la Sécurité Sociale dans ses relations difficiles avec l'hospitalisation publique est donné par le fait qu'au moment où les Caisses reprochent aux hôpitaux de multiplier les journées d'hospitalisation elles généralisent la formule du tiers-payant en cas d'hospitalisation, dans le but d'assurer le meilleur service à leurs assujettis et de limiter ou supprimer la part restant à leur charge ce qui va conduire à une meilleure couverture du sujet traité à l'hôpital au détriment de celui traité en pratique médicale ambulatoire, d'où attirance de la clientèle pour les services hospitaliers qui sera dénoncée plus tard comme une des causes de l'hospitalisme et de la pléthore hospitalière. (gaspillage et mauvaise utilisation des moyens et des services de santé)

Logiquement l'action des Caisses va tendre à obtenir une représentation réelle dans les Commissions Administratives. La Commission Administrative fonctionne sous l'autorité du Préfet et la présidence du Maire et ne comporte qu'un seul représentant des Caisses d'Assurance Maladie présenté par le Directeur Régional de la Sécurité Sociale. La Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale constatant l'évolution et la charge des dépenses d'hospitalisation : 18,3 % des dépenses maladie en 1938, 22,7 % en 1947 et 32 % en 1957, soit 222 millions en 1938, 43 126 millions en 1950 et 49 500 millions en 1951 réclame que "cette intervention financière implique un droit d'intervention dans le contrôle et la réforme hospitalière." Les revendications de la Sécurité Sociale quant à sa représentation au sein des instances de décision en matière de gestion hospitalière vont se manifester jusqu'en 1970 avec des formes et des résultats divers. Ainsi les Caisses vont préconiser la désignation de représentants à titre consultatif venant compléter la représentation légale tout en poursuivant la formation de ses représentants pour augmenter leur poids dans les Commissions par de meilleures connaissances techniques appuyées par les avis d'un service médical spécialisé. Ainsi la relation entre l'hospitalisation publique et la Sécurité Sociale s'établit et s'installe dans un climat de tension permanente, sous-tendu par l'effort continu de l'Assurance Maladie pour avoir accès à la réforme et au contrôle du système hospitalier. Cette action obstinée de la Sécurité Sociale ne revêt pas un caractère spectaculaire mais, par contre, elle a un grand poids du fait qu'elle est pratiquement le seul financeur des hôpitaux. Le poids de la Sécurité Sociale va encore être accru par la constatation de son rôle de prêteur sans intérêts (après avoir longtemps accordé des subventions) pour toutes les opérations d'équipement.

Certes la participation de la Sécurité sociale a été rarement refusée aux établissements hospitaliers mais elle est volontaire (l'avis du Conseil d'Etat du 7 Août 1956 reconnaît le droit de refus dans certaines circonstances) les Caisses seront donc mises au courant de tous les programmes d'équipement et pourront les apprécier au fur et à mesure. La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie va pouvoir élaborer une politique de participation en matière de financement des équipements. Bien que la part de la Sécurité sociale dans le financement de l'équipement soit généralement et minoritaire son importance est grande et elle a souvent une influence décisive sur la réalisation des projets. Les articles doctrinaux et pragmatiques vont affermir la position des Caisses et vont finalement se révéler plus efficaces que la désignation de représentants aux Commissions Administratives.

L'exclusion de la Sécurité sociale de toutes les instances qui contrôlent ou pérent le système hospitalier public est la principale cause de la tension qui trouble les relations entre les hôpitaux et les Caisses mais d'autres sujets de Maladie vont se manifester. Le prix de journée instrument financier commode a été depuis longtemps l'objet de critiques dont les Organismes de Sécurité sociale se font l'écho. La première critique est de ne pas permettre de comparaison valable entre les prix du secteur public et les prix du secteur privé. Certains s'étonnent de la grande disparité des cours de l'hospitalisation publique et de l'hospitalisation privée et surtout l'opinion publique elle-même s'inquiète de cette situation tant elle paraît anormale et révélatrice d'une apparente nouvelle déviation. L'épave des discussions sur ce sujet peut surprendre et l'on se souvient que les "maisons de santé" existent depuis très longtemps en France sans jamais être entrées en contact avec les hôpitaux. Il existait, en effet, jusqu'en 1945 un clivage net entre les clientèles des deux catégories d'établissements. L'une constituée par les sujets dépourvus de ressources, l'autre regroupant les sujets aisés susceptibles de payer les soins. A cette distinction basée sur les possibilités financières de patients correspondait une différence dans l'équipement, l'accueil, l'aptitude à recevoir telle ou telle pathologie. A partir de 1945 l'équilibre traditionnel est rompu l'hôpital va recevoir toutes les catégories sociales, la protection sociale permettant à tous l'accès aux soins quels qu'en soit le prix ou la difficulté. Les patients vont être attirés par l'énorme effort de rénovation hospitalière de l'après guerre, les locaux récents ou reconstruits, le souci nouveau du bien-être des hospitalisés mais aussi par l'équipement technique permettant de mettre en oeuvre tous les progrès de la médecine. La Sécurité sociale a pris une large part dans cet engouement pour la médecine hospitalière et a participé au financement de son équipement.

De leur côté les établissements de soins privés bénéficient des ressources certaines et importantes que leur assure la prise en charge des frais d'hospitalisation par la sécurité sociale. Les établissements se multiplient, leur taille augmente, l'accueil se perfectionne et les équipements vont permettre le développement des techniques de pointe. Cette évolution attire un corps médical qui trouve dans les cliniques privées un instrument de travail comparable à l'hôpital ; par ailleurs le niveau social n'est plus un facteur interdisant l'accès au secteur privé hospitalier.

La concurrence entre secteur public et secteur privé de l'hospitalisation est inévitable, elle va poser de difficiles problèmes d'adaptation aux hôpitaux comme aux caisses. La constatation de l'existence de deux systèmes de distribution de soins ayant la même finalité et financés par la même assurance maladie va mettre en évidence des avantages : la concurrence est génératrice d'émulation donc de progrès, le libre choix du malade est respecté ; mais aussi des inconvénients : l'accaparement de la clientèle par un secteur va créer des difficultés de fonctionnement pour l'autre secteur, les équipements de prestige vont se multiplier sans véritable nécessité et en créant des doubles emplois, il y a gaspillage de matériels et de personnels. Ces inconvénients sont facteurs d'inflation des dépenses d'hospitalisation et rendent nécessaires une harmonisation des tarifs et une coordination des deux secteurs de l'hospitalisation. L'ordonnance du 11 décembre 1958 va organiser la "coordination des établissements de soins comportant hospitalisation" l'exposé des motifs donne clairement ses raisons "un effort considérable est fait depuis quelques années pour doter l'ensemble du pays d'un équipement sanitaire correspondant à ses besoins. L'ampleur des investissements que comporte une telle entreprise ne peut toutefois être tenue pour entièrement justifiée que si elle ne donne pas lieu à des doubles emplois inadmissibles dans l'état présent des finances publiques et de l'économie française. Une série de textes vient compléter l'ordonnance et organiser l'application d'une véritable réforme des textes de 1941 en introduisant une notion nouvelle d'autorité et de contrôle des pouvoirs publics sur les établissements : "Tous les établissements de soins comportant hospitalisation quel que soit leur statut public ou privé, à but lucratif ou non, sont soumis à la procédure d'autorisation ministérielle dite "procédure de coordination". La sécurité sociale a contribué par son action à cette réforme des structures hospitalières en montrant combien le défaut d'harmonisation et de planification des ressources sanitaires du pays était préjudiciable à une bonne économie de la santé. Une fois encore la Sécurité Sociale va être écartée de l'application de la réforme dont l'inspiration est ainsi donnée : "Il se saurait d'ailleurs être question d'apporter, à cette occasion, aux initiatives privées des entraves injustifiables mais seulement de prévenir, avec prudence et mesure, des inconvénients que l'expérience a déjà fait apparaître dans de nombreux cas". Ainsi la réalité des inconvénients révélés par la Sécurité Sociale, dus à la situation concurrentielle des deux catégories d'établissements de soins, est officiellement reconnue. La réalisation pratique de la

coordination ne donne pas entière satisfaction aux organismes de Sécurité Sociale car ils se trouvent écartés des instances dans lesquelles les décisions sont prises, une représentation très faible leur est seulement accordée dans la commission nationale et les commissions régionales de coordination qui comportent cependant de nombreux représentants de toutes les parties en cause.

Des comparaisons des coûts de l'hospitalisation publique avec ceux de l'hospitalisation privée ont conduit à l'analyse des divers constituants de ce prix et à la critique de sa valeur. La notion de "prix de journée" contenue dans l'article 44 de la loi du 15 juillet 1953, "le préfet fixe le prix de journée des hôpitaux" a toujours été critiquée, même après sa transformation en "prix prévisionnel. Il lui a été reproché de ne pas correspondre directement au "prix de revient" grier repris par la Sécurité Sociale qui remarque qu'il ne correspond pas au "service rendu à l'assuré" bien que celui-ci ait à en supporter une part dans certains cas. En 1949 le "prix de journée" est l'instrument le plus commode et privilégié de toute analyse de la gestion et du financement de l'hospitalisation : il a montré sa valeur pratique en permettant la rénovation de l'armement sanitaire français après la guerre. Il est cependant attaqué et critiqué par divers acteurs du système de santé. Les responsables des Organismes de Sécurité Sociale regrettent qu'il ne représente pas un véritable prix de revient et ne traduise pas directement le service rendu à l'assuré, qu'il permette de mettre à la charge des caisses des dépenses qui ne leur incombent pas: frais d'enseignement et de formation - frais de recherche médicale - amortissement de réalisations ayant bénéficié de subventions ou de prêts sans intérêts de la Sécurité Sociale. Le principal grief est la constatation qu'il constitue un facteur incitatif à la progression des dépenses d'hospitalisation en favorisant l'allongement inutile des durées de séjour. La multiplication des prix de journée est en effet le moyen le plus facile et le plus tentant pour un établissement de se procurer des ressources. Les critiques de la Sécurité Sociale, d'ailleurs reprises et étudiées par les milieux hospitaliers, vont aboutir à des modifications profondes des structures hospitalières : conduite d'une véritable politique de réduction des durées d'hospitalisation (distinction actuelle entre établissements de court, de moyen ou de long séjour), promotion des alternatives à l'hospitalisation d'une part et d'autre part abandon du prix de journée unique (médecine - chirurgie - obstétrique) pour des prix de journée diversifiés par catégorie de service pour aboutir à un "prix de journée éclaté" qui va permettre l'évaluation des coûts des divers programmes thérapeutiques.

Les discussions qui ont accompagné l'évolution de la notion de prix de journée ont naturellement entraîné une étude des critères utilisés pour évaluer la qualité du service rendu par l'hospitalisation. Le service rendu par l'hôpital à l'utilisateur est un service de nature très difficile à définir. A sa sortie de l'hôpital le sujet doit avoir vu corriger ou atténuer le trouble dont il souffrait à l'entrée mais comment apprécier pratiquement cette remise en état ? Seuls les Organismes de Sécurité Sociale en étudiant une longue période de la vie du sujet pourront a posteriori répondre partiellement à cette question.

Dans ses travaux la Commission des Prestations Sociales du Commissariat au Ve Plan d'équipement et de productivité preconise en matière d'hospitalisation "l'Institution progressive de ratios de gestion dans le domaine hospitalier". Dans une conférence de presse du 27 Avril 1965 la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale précise qu'à son avis il convient :

- de définir et d'appliquer les critères de gestion dans les hôpitaux conduisant à une adaptation du système de tarification au service rendu ;
- d'établir une véritable coordination entre les secteurs public et privé de l'hospitalisation ;
- d'abandonner la notion d'hôpital de référence" et de s'orienter vers une tarification directe ;
- d'établir des statistiques devant permettre de suivre en permanence par assuré et par praticien, des moyennes concernant les actes médicaux dispensés pour associer les praticiens à la gestion du risque.

Parmi les critères d'évaluation utilisés couramment le plus contesté est le "lit d'hôpital", unité régulièrement utilisée pour apprécier l'importance et la valeur d'un établissement. Or le lit d'hôpital ne peut servir à exprimer la qualité du fonctionnement d'un service ou d'un hôpital, il ne constitue qu'un moyen permettant au malade d'utiliser les ressources techniques de l'établissement. Tout au plus peut-il être utilisé pour exprimer la capacité d'hébergement mais encore faudrait-il tenir compte des différences considérables d'équipement et de confort qui existent entre divers établissements. Le "lit d'hôpital" bien que peu fiable continue à être utilisé car son remplacement est difficile malgré l'apparition d'un critère plus concret sous la forme du "plateau technique". Ce dernier critère a une valeur d'appréciation

indiscutable puisqu'il est constitué par l'ensemble des moyens techniques mis à la disposition d'une population donnée par l'établissement en cause, conditionnant la qualité du service rendu à la clientèle hospitalière. Il faut encore noter que le plateau technique comprend les services techniques les plus spécialisés de l'hôpital, que sa création et sa maintenance sont particulièrement onéreuses pour le budget de l'établissement. La notion de "plateau technique" n'a de réelle valeur que rapportée à une population bien déterminée à laquelle il fournit ses services. La détermination d'une population rattachée à un plateau technique est difficile en pratique car variable sous l'influence de multiples facteurs. Ici encore les Organismes de Sécurité Sociale sont seuls à pouvoir identifier les "filiales de maladies". La Sécurité Sociale est amenée à demander sa participation aux travaux d'élaboration de la "sectorisation" et de la "carte sanitaire" et à formuler ses critiques sur la pratique des "normes d'équipement sanitaire" et de la notion de "lit/population".

## CONCLUSION

Cette étude porte sur la période comprise entre la création de la Sécurité Sociale en FRANCE par l'Ordonnance du 4 Octobre 1945 et la parution de la loi de réforme hospitalière du 31 Décembre 1970.

Cette loi comporte, en effet, la prise en considération d'un certain nombre de problèmes issus des réformes de 1945 et la volonté de leur apporter une solution. Toutes ses répercussions ne sont pas encore indiscutablement reconnues, notamment celles entraînées par les modifications de la gestion et du financement des établissements mises en place par le décret du 11 Août 1973 et les textes qui l'ont complété depuis 1974.

A la fin de la Seconde Guerre Mondiale, les bouleversements sociaux dus au conflit, les déséquilibres économiques et l'apparition de besoins nouveaux ont conduit à une transformation radicale du système de protection sociale français ; et au même moment les nécessités de la reconstruction et de la rénovation, l'obligation de s'adapter à l'évolution des techniques de soins imposaient une réforme hospitalière, déjà reconnue nécessaire depuis 1941.

A partir de 1945, les deux processus vont se développer simultanément tenant, par une action commune, à une amélioration du niveau de vie et à une protection sanitaire et sociale de la population plus efficace. La poursuite d'un objectif commun, la profonde différence des rôles attribués à chacun dans le fonctionnement du système de santé semblaient devoir garantir un fonctionnement harmonieux et exclure toute possibilité de rivalité ou de conflit.

Une analyse plus détaillée des événements de cette période montre que, paradoxalement, les relations entre Sécurité Sociale et hospitalisation publique se sont constamment établies dans un climat de tension, de suspicion, de critiques et parfois de conflits plus ou moins larvés. Une telle situation entraîne des polémiques assez vives pour alerter l'opinion publique, les structures hospitalières. Le fonctionnement et le coût de l'hospitalisation publique sont critiqués et discutés. Il en résulte des réactions qui intéresseront la notion classique d'hôpital comme l'adoption de normes sanitaires, le classement et l'évaluation de l'activité des établissements, la réduction des capacités d'hébergement, l'organisation de la distribution de soins par l'hôpital sans hospitalisation et transformeront totalement le fonctionnement traditionnel de l'hospitalisation publique.

Mais il faut noter une conséquence imprévue à la fois de la mise en cause du fonctionnement de l'hôpital public et de la politique de la Sécurité Sociale en faveur de l'hospitalisation, c'est l'émergence de l'hospitalisation privée. Récemment encore cette prise de conscience a été exprimée par le Président du Syndicat des Cliniques du Sud-Est, en ces termes : "Les cliniques refusent d'entendre dire qu'elles sont complémentaires de l'hôpital public, elles veulent être concurrentes." La loi du 31 décembre 1970 qui modifie la structure hospitalière classique en créant un service public hospitalier assuré par des établissements d'hospitalisation publics et par des établissements d'hospitalisation privés dans certaines conditions, pourrait avoir favorisé cette évolution.

Ainsi et de façon imprévisible depuis 1945, la politique de protection sociale mise en oeuvre par les Organismes de Sécurité Sociale a favorisé et parfois provoqué de profondes réformes de l'hospitalisation publique tout en créant involontairement les conditions favorables au développement d'un secteur privé pouvant dans certains cas concurrencer le service public hospitalier.