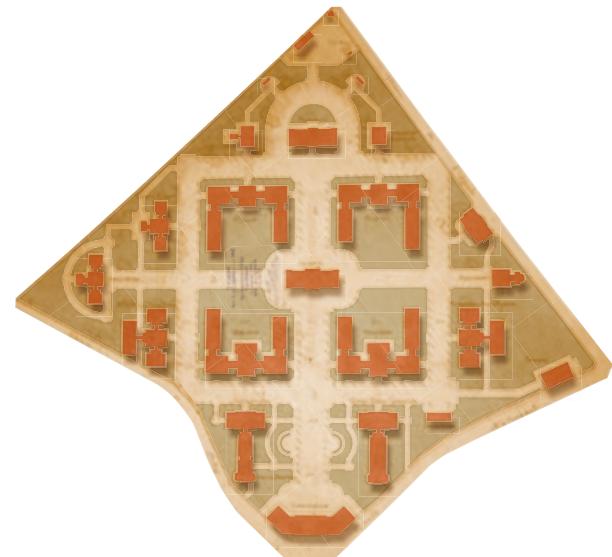


L'Hôpital

1850-2009

évolutions et mutations

Grenoble
La Tronche
Échirolles



Ouvrage réalisé par l'association
du musée grenoblois des Sciences médicales,
et publié à l'occasion de l'exposition
(mars ▶ décembre 2009)

MUSÉE GRENOBLOIS DES SCIENCES MÉDICALES
CHU • GRENOBLE

Le musée grenoblois des Sciences médicales

C'est en 1992 que le musée débute son action de conservation et de valorisation du patrimoine médical et hospitalier, en partenariat avec le CHU de Grenoble, sous les conseils de la direction Culture et patrimoine du Conseil général de l'Isère. Depuis 1996, l'association a entrepris un travail de collecte, de recensement et de préservation du patrimoine médical et de la mémoire collective. Ce travail a permis la réalisation de plusieurs expositions. C'est ainsi que l'histoire de l'Hôpital, le secours en montagne, les mémoires de soignants, l'histoire de la profession infirmière, la lutte contre la tuberculose en Isère et plus récemment le rôle du CHU de Grenoble dans certaines avancées technologiques et scientifiques ont fait l'objet de présentations temporaires.

En 2009, le bureau est ainsi composé :

- Pr Jean Perret, président
- Dr Daniel Grunwald, vice-président
- Dr Philippe Menthonnex, secrétaire
- Dr Charles Macary, trésorier
- Pr Jean-Guy Passaglia, représentant de la faculté de médecine.

Page précédente :
[Plan général de l'Hôpital civil de Grenoble à La Tronche, réalisé d'après le projet initial de l'architecte Antoine Gavet, 1908. Coll. MGSMS.](#)

Contributions et remerciements

Cet ouvrage et l'exposition qui l'accompagne ont été réalisés à l'initiative de l'Association du musée grenoblois des Sciences médicales, en partenariat avec le CHU de Grenoble, et coordonnés par Sylvie Bretagnon, responsable du musée.

• Secrétariat de rédaction : Sylvie Bretagnon et Thomas Lemot • conception graphique et mise en page : Thomas Lemot • recherches iconographiques : Xavier Hiron, Sylvie Bretagnon et Géraldine Fabre.

Nous tenons à exprimer notre gratitude envers les personnes suivantes :
 Luc Bournot • Anne Cayol-Gerin • Dominique Chancel • Marc Chrétien • Henri Dausque • Jean Debeaupuis • Maurice Donjon • Daniel Grunwald • Bruno Jeanmar • Jean-François Parent • Amélie Pilon • Roger Sarrazin • Claude Villard • l'ensemble du personnel des services généraux, des services techniques du CHU de Grenoble, et plus particulièrement Frédéric Melfi du service des archives hospitalières.

L'exposition et la publication ont pu voir le jour grâce au soutien financier de la Direction régionale des affaires culturelles Rhône-Alpes, de l'Agence régionale hospitalière Rhône-Alpes et de la Région Rhône-Alpes dans le cadre du programme Culture à l'Hôpital • du Conseil général de l'Isère • de la ville de Grenoble • du Centre hospitalier universitaire de Grenoble • de l'association AGIR à domicile • du Comité départemental contre les maladies respiratoires de l'Isère.

6 Avant-propos | MICHEL DESTOT

9 Préface | DOMINIQUE CHANCEL

13 L'hôpital-hospice à la fin du XIX^e siècle : un hôpital vétuste et encombrant

17 L'Hôpital militaire

21 L'Asile des vieillards, modèle architectural « aériste » et fonctionnel

28 Laïcisation des hôpitaux et professionnalisation des personnels

31 Le nouvel Hôpital civil, un ensemble pavillonnaire « modèle » aujourd'hui disparu

Plans et documents iconographiques conservés au musée grenoblois des Sciences médicales

49 1950-2000 : investissements immobiliers, nouveaux enjeux

67 Les médecins, acteurs et témoins de l'évolution hospitalière

76 Le temps plein hospitalier appliqué dans un hôpital en construction

81 1941-2010 : une succession de réformes dans l'hôpital public

87 Construire l'Hôpital de demain

93 La transparence et l'obstacle, *postface ??* | BRUNO JEANMAR

**AVANT-PROPOS
M. DESTOT
(2 PAGES MAXI)
EN COURS...**



Le site hospitalier de La Tronche, d'un siècle à l'autre.
En haut, vers 1935-39 : on reconnaît les pavillons de l'Hôpital militaire (1), de l'Hôpital civil (2), la Clinique des Sablons en construction (3) ainsi que les pavillons D et A (4).
Carte postale, coll. part.
En bas, en 2009 : l'hôpital Michallon (5), la Faculté de médecine (6) et l'Hôpital Couple-enfant (7) ont pris place depuis, sur le site nord du Chu. Cliché Chu.

AVEC CET OUVRAGE, l'action du musée grenoblois des Sciences médicales ouvre une voie. Ni bilan, ni livre d'histoire, ni traité sur l'architecture hospitalière en général, cette œuvre collective ne prétend pas faire le tour de la question. Ses auteurs savent qu'il n'existe pas de savoir exhaustif, à plus forte raison dans un domaine à peine défriché. D'autres fonds d'archives restent à explorer, à Paris¹, à Lyon ou ailleurs ; des biographies de médecins, d'architectes, d'administrateurs ou de responsables politiques restent à consulter ; des comparaisons et des confrontations restent à faire avec l'évolution d'autres grands hôpitaux... Il s'agit plus modestement d'une première synthèse, fondée sur l'analyse d'une riche collection de plans, destinée aux personnels et usagers de l'hôpital de Grenoble, ainsi qu'à tous les Grenoblois, au sens large du terme. Les auteurs aident à comprendre les métamorphoses de l'organisation spatiale et de l'architecture de l'hôpital intervenues depuis un siècle et demi, conséquence de multiples facteurs : contraintes urbaines ou financières, nécessités fonctionnelles, techniques nouvelles (médicales ou constructives), courants architecturaux ou esthétiques, rapports de pouvoirs — voire conflits de personnalités.

Les significations successives du mot *hôpital*, apparu il y a neuf siècles, balayent, ou à peu près, les différentes étapes de l'histoire complexe de l'hôpital de Grenoble. Si son acception actuelle d'*établissement public recevant et traitant des personnes nécessitant des soins* est fixée depuis le début du XIX^e siècle², le mot est attesté dès le XII^e siècle sous la forme *opital* puis *hospital* mais désigne alors un établissement recevant des personnes démunies. Il constitue un quasi-synonyme d'*hospice* et correspond à la même notion qu'*hôtel-Dieu*. *Hôpital* vient en effet de l'adjectif bas latin *hospitalis* (de l'hôte). Ce qui renvoie à l'*hospitalité*, terme désignant *le fait de recevoir, loger, nourrir sans contrepartie les indigents ou les voyageurs* et par extension au *bon accueil* — d'où le double sens, encore aujourd'hui, de l'adjectif *hospitalier*. La distinction nette des mots *hospice* et *hôpital* se fait dans la seconde moitié du XVII^e siècle, la spécialisation médicale du second s'affirme au siècle suivant dans le contexte militaire de l'*hôpital ambulant*. La lecture du dictionnaire réserve une autre surprise : *l'hosto*, ce petit mot familier considéré à tort comme une «*suffixation argotique irrégulière de hôpital [...] est en fait une variante d'hôtel*»³, dans le sens d'*hébergement*, de *logement provisoire*, mais aussi de *logis, demeure, résidence aristocratique* ou encore *bâtiment public*. Ce qui renvoie une fois encore aux liens étroits entre l'hôpital et la ville.

Véritables cités dans la cité, les établissements hospitaliers de l'agglomération grenobloise mobilisent une part importante de l'espace urbain : l'hôpital Sud occupe un territoire plus vaste que celui de la ville romaine du bas empire avec ses extensions médiévales et l'hôpital Nord un territoire de 30 hectares, à peine moins étendu que la ville du début du XVII^e siècle.

La correspondance étroite entre les évolutions et mutations de l'hôpital de Grenoble et la ville elle-même est particulièrement évidente. L'analyse des campagnes de travaux successives révèle que les «*partis*» d'aménagement et les solutions archi-

Préface

DOMINIQUE CHANCEL

1. Cité de l'architecture et du patrimoine, Archives nationales, etc.

2. A. Rey (sous la direction de), *Dictionnaire historique de la langue française*, p. 1738 et 1739.

3. Idem.

4. *Hospices de Grenoble, transformation de l'Hôpital-Hospice, recueil contenant les délibérations du Conseil municipal, de la commission administrative des Hospices et de toutes les commissions qui ont eu à s'occuper de la question de 1881 à ce jour*, Grenoble, 1891.

5. *Idem*, pp. 59-59.

6. *Idem* p. 263.

7. Voir notamment : *Observations relatives à l'effondrement de la tour de l'évêché*, rapport non daté (AMG : M), dans D. Chancel, *Monuments et pouvoirs. De la Porte romaine au Palais épiscopal et à la place Notre-Dame*, mémoire de DEA, Lyon II, 1992, et *Le groupe cathédral de Grenoble et la place Notre-Dame, de la Révolution au début du XX^e siècle*, La Pierre et l'écrit 1996-97, Pug, Grenoble.

8. L'architecte Antoine Gavet fait appel à la société de fondation par compression mécanique du sol (Compressol), concessionnaire de la célèbre société des Bétons armés Hennebique (BAH), du nom de son fondateur, inventeur de la « poutre à étriers » remplaçant la maçonnerie classique ou les structures métalliques,

texturales mis en œuvre reflètent les tendances de chaque époque, parfois avec un léger décalage dans le temps.

Les établissements médiévaux éparsillés dans le centre ville sont regroupés sous l'Ancien Régime dans l'extension ouest de l'enceinte fortifiée. Au début du XIX^e siècle, ces bâtiments hospitaliers sont en grande partie insalubres. Comme de nombreux grenoblois dans les immeubles vétustes du vieux Grenoble, les vieillards « vivent entassés dans les greniers et les combles de l'Hôpital-Hospice »⁴. Sous le Second Empire, comme pour la cathédrale et le palais de justice, on forme d'ambitieux projets de reconstruction *in situ* répondant au « désir de faire grand et de frapper la vue »⁵ quitte à laisser subsister des bâtiments vétustes derrière une architecture de façades-masques. Un peu plus tard, au début de la Troisième République, le maire Édouard Rey entreprend d'adapter la ville aux nécessités de l'ère industrielle et conçoit un ambitieux projet de transformation urbaine consistant à ouvrir la vieille ville vers l'ouest pour la relier au faubourg ouvrier implanté autour de la gare et créer un nouveau centre, d'esprit néo-haussmannien. Le *plan Rey* prévoit de prolonger le boulevard de Bonne sur une partie de l'emprise de l'hôpital. Considérant que le vent risquerait d'en « porter les germes [...] sur la place Victor Hugo et les quartiers avoisinants »⁶ si on le reconstruisait à proximité du boulevard prolongé, on décide de transférer l'hôpital à la campagne. Cette imbrication d'intentions urbanistiques et de préoccupations hygiénistes n'est pas sans rappeler les arguments avancés au début du même siècle, sous le Consulat, lorsqu'on s'apprêtait à détruire une partie de l'enceinte romaine et une aile du palais épiscopal pour désenclaver la ville vers le nord-est tout en justifiant leur démolition par « la stagnation de l'air que causaient [...] ces masses antiques »⁷.

Quoi qu'il en soit des motivations profondes des décideurs, l'hôpital est progressivement « délocalisé ». Pour le nouvel asile des vieillards, comme pour les constructions scolaires de la Troisième République, on se tourne vers une architecture sobre et fonctionnelle dont l'harmonie est due à l'agencement des volumes et à la qualité de détails constructifs jamais totalement gratuits : forme des baies, allèges, arcs, jambages, chaînes d'angles, poteaux, clés de tirants, corniches, jeux de couleurs et de matériaux, etc. Ce choix d'une élégance fonctionnelle est également illustré par les belles fabriques grenobloises qui constituent à la fois l'outil de travail et la vitrine des industriels de l'époque. La distribution des repas dans les pavillons par wagonnets sur des voies de type Decauville renvoie aux exploitations minières et aux grands chantiers archéologiques mais aussi aux premiers tramways urbains...

Plus tard, les architectes conçoivent des bâtiments en béton⁸ dont les volumes et les formes ont la marque de leur époque. Puis vient la construction de l'hôpital Michallon. Avec son hall surélevé, sa rampe hélicoïdale d'accès pour les ambulances et ses batteries d'ascenseurs, il est caractéristique de l'époque de l'ascenseur-roi, des immeubles de grande hauteur à la structure en béton affirmée et de la séparation stricte des circulations motorisées et piétonnes, en vogue dans les années 1960 et 1970 et illustré à Grenoble par le quartier Mutualité. Mais, ici comme ailleurs, on en verra vite les limites. La rampe malcommode est détruite et pour décrire la réorganisation interne de l'hôpital, Jean Debeaupuis (actuel directeur général) emploie une formule qui pourrait s'appliquer tout autant à la récente restructuration de l'accès à l'école d'architecture de Grenoble (avenue de Constantine) ou à celle de certaines

entrées d'immeubles sociaux des années 1960 ou 1970 : « retrouver un accès et un accueil lisible ; confortable et rassurant [...] en retristant les deux accès principaux [...] au rez-de-chaussée bas, avec des accès transports en commun et stationnement correctement dimensionnés ». De même, les récents projets de construction — où l'on constate un retour à des hauteurs moins impressionnantes et au principe de la cour-patio autrefois vilipendé — reflètent-ils une évolution générale illustrée au sein de l'architecture civile par les immeubles du quartier Vigny-Musset.

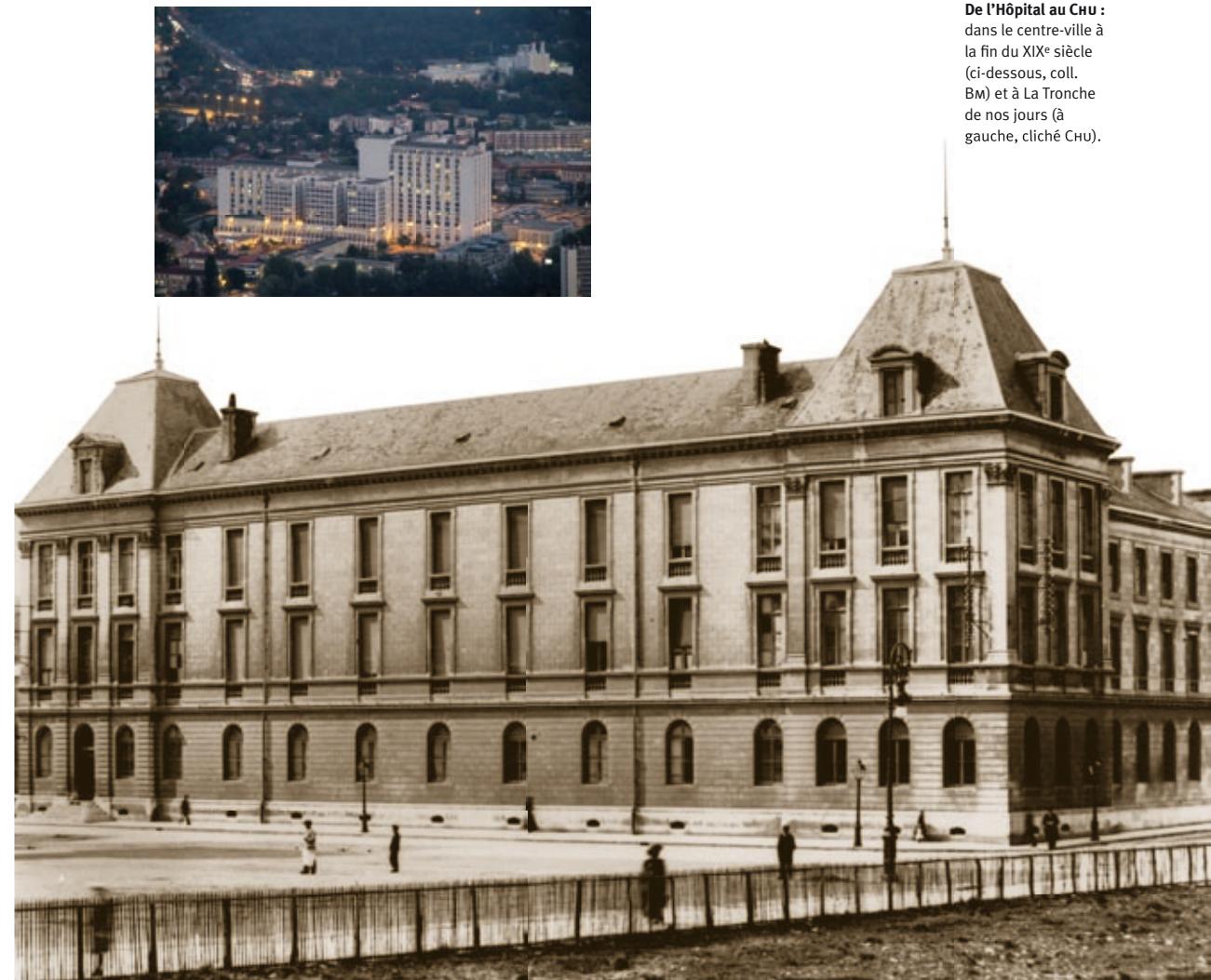
En définitive, la place de l'hôpital est paradoxale : à la fois monde à part, cité dans la cité et corps vivant totalement imbriqué dans la vie urbaine. Comme dans le reste de l'agglomération, on y côtoie la maladie, la souffrance et la mort, mais aussi le soin, la guérison, la naissance ; on s'y déplace, on y travaille, on y mange et parfois aussi on y trouve des moments de loisir. Autant dire que cet ouvrage se veut un maillon dans la connaissance de cet organisme vivant issu d'une longue évolution et dont l'existence se poursuit au prix de mues parfois complexes, comme la cité elle-même dont il est à la fois le produit et une forme de microcosme⁹.

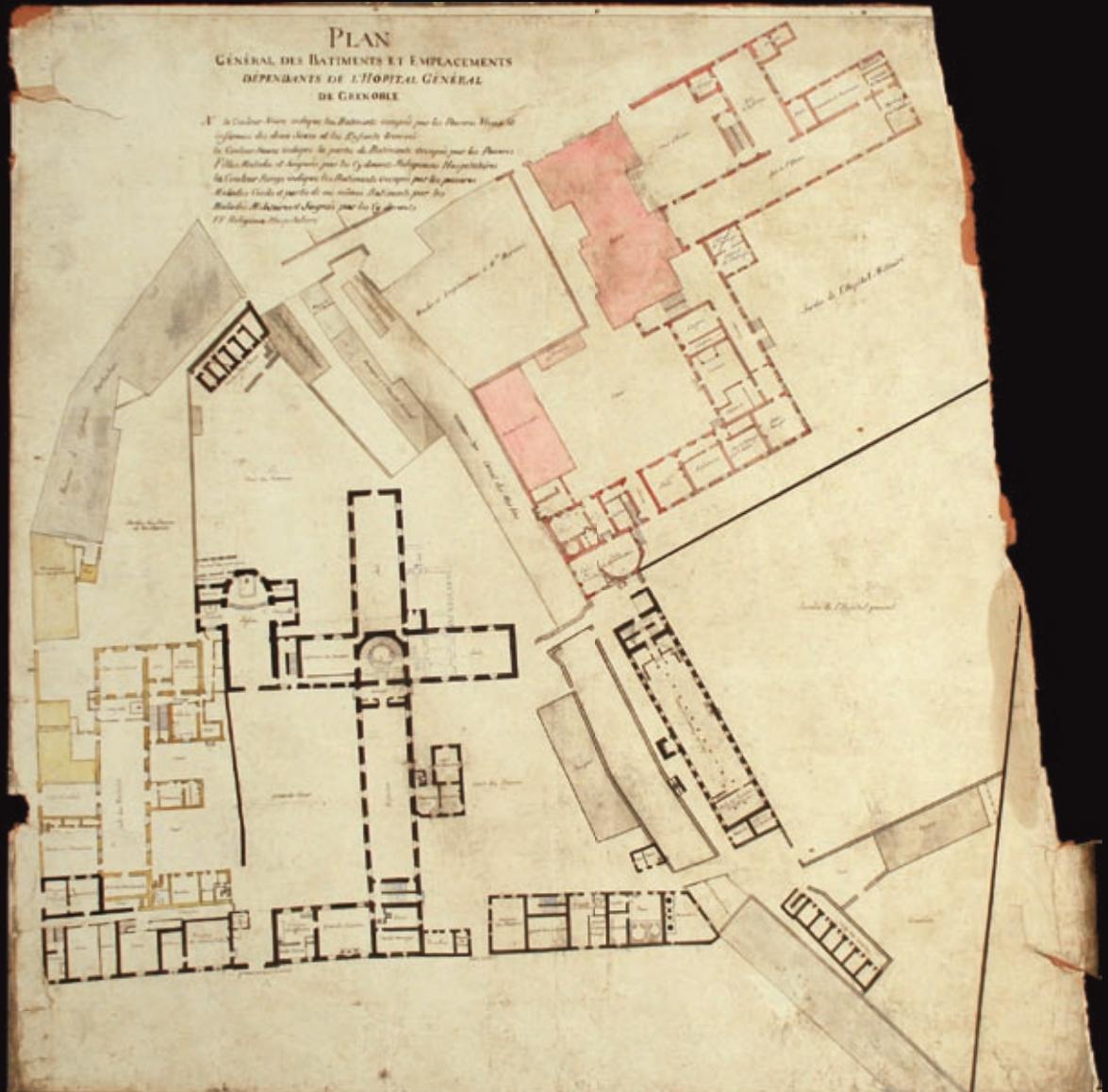
• Dominique Chancel est architecte et historien du patrimoine au Conseil général de l'Isère.

consacrée par l'Exposition universelle de 1900 (Cité de l'architecture et du patrimoine, fonds BAH, subdiv. 09 : équipements collectifs, bâti publics, 1907-1913, 076 Ifa – dossier d'écrits et plans pliés).

9. Dans le sens d'élément (groupe, objet ou lieu) appartenant à une structure plus vaste, mais qui en fournit une image en réduction.

De l'Hôpital au Chu : dans le centre-ville à la fin du XIX^e siècle (ci-dessous, coll. Bm) et à La Tronche de nos jours (à gauche, cliché Chu).





Hôpital général de Grenoble, plan d'ensemble des bâtiments, fin du XVIII^e siècle. Copie sur carton, 57,5 x 62 cm, coll. MGSM. L'ancien Hôpital général fondé par Créqui en 1638 figure en noir. En

1661, les religieux de Saint-Jean-de-Dieu sont sollicités pour assurer le service médical et la gestion de l'Hôpital. En 1691, contraints de quitter ce dernier, ils fondent sur un terrain attenant l'Hôpital-couvent de la Charité (figuré en rose). En 1694, ils concluent avec l'intendant général du Dauphiné une convention par laquelle ils s'engagent à recevoir des malades militaires. Les religieuses hospitalières de La Palisse, recrutées

depuis 1666, s'installent sur une partie distincte de l'ancien Hôpital et fondent l'Hôpital Sainte-Marthe, destiné aux femmes malades (figuré en jaune). La loi révolutionnaire du 2 septembre 1792 impose la

L'étude des bâtiments hospitaliers apporte un témoignage de l'évolution de l'architecture hospitalière et du fonctionnement de l'hôpital. La municipalité et l'administration hospitalière adaptent sans cesse ces constructions aux nouvelles techniques hospitalières pour faire face à l'accroissement du nombre des malades et répondre aux besoins de santé. À la fin du XIX^e siècle, la construction et l'aménagement des hôpitaux sont placés sous la surveillance de la Direction de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur. Les architectes sont appelés à réaliser des hôpitaux qui répondent non seulement aux exigences du corps médical mais également à celles des administrateurs, responsables des finances. À Grenoble, l'hôpital-hospice connaît plusieurs transformations, avant d'être abandonné au début du XX^e siècle.

L'hôpital-hospice, héritier de l'hôpital Notre-Dame, construit en 1638.

Au Moyen Âge, la ville compte plusieurs établissements qui servent principalement d'asile de nuit pour les plus pauvres. Au XV^e siècle, l'évêque Aimon I^{er} de Chissé, installe rue Chenoise, près du Palais épiscopal, l'Hôtel-Dieu, qui devient le principal hôpital de la ville. Au XVI^e siècle, pour en faciliter la gestion, les consuls réunissent les hôpitaux Saint-Antoine (rue Perrière, le long de l'Isère), de la Madeleine (place des Cordeliers), Saint-Jacques (rue du Pont Saint-Jayme) et Notre-Dame (rue Chenoise) en un seul et même établissement, et en confient l'administration aux notables qui prennent le nom de *surintendants des pauvres*¹. Au XVII^e siècle, la dispersion, l'exiguïté des hôpitaux grenoblois, l'état de ruines dans lesquelles les guerres de religion (1562-1598) les ont laissés expliquent l'enthousiasme avec lequel le Conseil des pauvres accueille la proposition du Maréchal de Créqui. Il propose de construire un hôpital à l'extérieur des remparts, à l'extrémité du pré de la Trésorerie pour lequel il offre une partie des terrains, la ville donnant l'autre partie. La première pierre est posée solennellement le 2 juin 1627. Un seul des quatre grands corps de bâtiments prévus initialement est réalisé. La peste, les inondations, les passages des gens de guerre interrompent les travaux et absorbent une partie de la souscription². Lorsque le projet est repris en 1633, il faut restreindre les proportions du projet initial et vendre les hôpitaux Notre-Dame et Saint-Jacques. Le nouvel hôpital Notre-Dame est bénit le 17 juillet 1638, mais une année plus tard, les surintendants des pauvres exposent au Conseil consulaire leurs difficultés financières. Malgré l'augmentation de ses revenus³, l'hôpital reste marqué par des difficultés financières, tout au long du XVIII^e siècle⁴.

La médicalisation de l'hôpital débute à la fin du XVII^e siècle. Une des préoccupations des consuls est d'assurer un service médical régulier en faisant appel à des médecins. Mais ces derniers n'assurent pas correctement ce service. Finalement, la ville négocie en 1661 avec les religieux hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu⁵ pour prendre en charge non seulement le service médical mais également l'administration de l'hôpital. Cependant, les religieux refusent de soigner les femmes atteintes de maladies vénériennes et de collaborer avec les femmes et les filles de l'hôpital. Des religieuses hospitalières de la Providence de La Palisse sont ainsi engagées. Elles servent l'hôpital appelé Sainte-Marthe, consacré aux femmes et aux filles

1. M.-A. Prudhomme, *Inventaire sommaire des archives historiques de l'Hôpital de Grenoble*, Grenoble, 1892, p. VIII et suivantes.

2. « L'hospitalisation des malades est un problème de première importance et d'une infinie complexité. Le degré de civilisation d'une cité se mesure en grande partie à l'état de son organisation hospitalière ». Jules Courmont, médecin et biologiste lyonnais, 1925.

3. Arthur Bordier, *Notes pour servir à l'Histoire de l'école de médecine et de pharmacie*, Grenoble, 1896, p. 73.

4. Pour assurer le fonctionnement de l'hôpital, le Conseil de ville attribue aux surintendants le produit d'un impôt sur les farines et les membres du Parlement et de la Chambre des Comptes promettent de verser chaque année, dans la caisse des pauvres, une cotisation proportionnelle à leur traitement.

L'hôpital-hospice à la fin du XIX^e siècle : un hôpital vétuste et encombrant

SYLVIE BRETAGNON

4. Les revenus de la maladrerie de la Buisse rate sont réunis en 1645 à ceux de l'Hôpital. Pour les compléter, Louis XIV lui accorde en 1672 ceux de la ferme des Boucheries, en 1693 la moitié des biens des consistoires protestants et, en 1696, il lui annexe les patrimoines de la maladrerie de Gières et des hôpitaux de Domène et de Vif.

Plan de l'Hôpital-hospice de Grenoble au XIX^e siècle, publié dans *Opportunité du déplacement de l'Hôpital*, 1881.



14

malades, attenant à l'Hôpital général⁶. N'ayant reçu aucune formation médicale, elles assurent les soins sous la direction des médecins. En nombre insuffisant, des femmes pauvres et valides appelées demoiselles les secondent, placées sous la surveillance de laïques appelées gouvernantes des salles. Recrutées à la discréption des administrateurs, les gouvernantes des salles bénéficient d'un statut particulier et d'une position privilégiée au sein de l'établissement, en contrepartie d'un service qui exige qu'elles s'y consacrent entièrement.

Après 1789, la question principale est évidemment celle de la participation des congrégations hospitalières aux soins des malades. Le 23 mai 1791, les directrices se retirent plutôt que de se conformer au nouveau règlement. Les hospices de Sainte-Marthe et de la Charité sont supprimés le 2 septembre 1792 et leurs biens attribués à l'Hôpital Notre-Dame. Au cours de la période révolutionnaire, la situation financière de l'Hôpital général est de plus en plus difficile. La nationalisation des hôpitaux est un échec et ils sont municipalisés à la fin du XVIII^e siècle. Telle est l'origine de la tutelle étroite entre l'Hôpital et la commune.



5. En France, où ils furent introduits en 1601, on les appelle Frères de la Charité. Le propre de leur institut est de donner l'hospitalité et des soins aux malades. Ils fondent l'Hôpital Royal de Saint-Étienne ou de la Charité, en 1661, pour le secours des hommes malades, appartenant à la classe civile ou à la classe militaire.

6. La création de l'Hôpital général est confirmée par lettres patentes en février 1662, enregistrées au parlement de Grenoble en juin.

7. La loi du 7 août 1850 consacre les appellations *hôpital*, qui désigne les maisons accueillant les malades, et *hospice*, s'appliquant aux vieillards et aux infirmes.

Reconstruire l'hôpital-hospice, 1860-1891

Au XIX^e siècle, l'Hôpital-hospice⁷ n'est plus adapté aux besoins de la population. Il compte seulement 1000 à 1400 lits et sa situation, autrefois louée, est désormais contestée. À Grenoble, comme dans de nombreux hôpitaux, cet établissement assure non seulement l'accueil de malades mais également d'infirmes et de vieillards. Par ailleurs, les bâtiments tombent en ruine et leur démolition partielle est jugée nécessaire. Le 11 juillet 1854, l'administration hospitalière sollicite l'architecte Eugène Péronnet (église Saint-Bruno à Grenoble) pour présenter un projet de reconstruction⁸. En 1862, la démolition est entamée, suivie de la construction des deux façades de l'avenue Félix Viallet et de la rue de France, achevée en 1864. Mais cette restauration ne satisfait nullement les partisans du transfert, opposés à la reconstruction *in situ* : « *Le désir de faire grand et de frapper la vue a fait sacrifier l'utile au luxe, et la façade que peuvent admirer les Grenoblois cache une profonde misère* »⁹. Elle ne satisfait pas non plus l'inspecteur général des Établissements de bienfaisance, Foville, qui écrit dans son rapport publié en 1884 : « *Parmi les bâtiments qui composent cet établissement les uns, nouveaux, constituent un édifice inachevé mais somptueux, dans lequel malheureusement le côté architectural a été traité avec plus de sollicitude que le côté hospitalier* ». En 1879, un concours d'architecte est

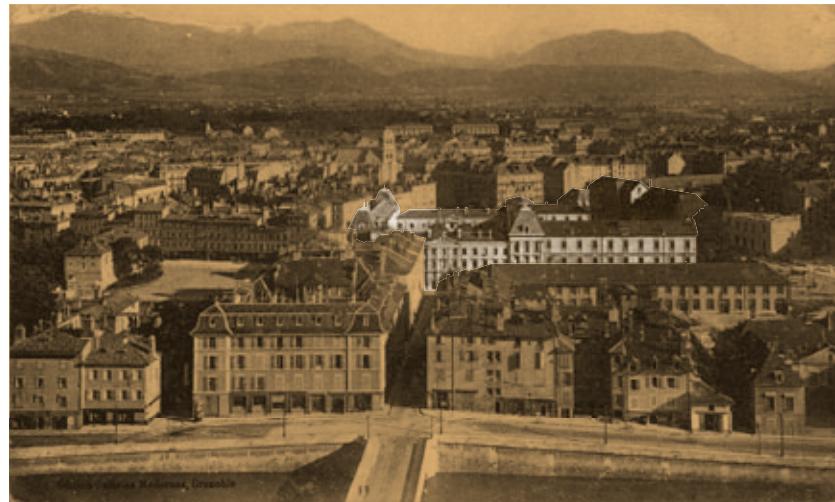
15

L'Hôpital-hospice.
Ordonnance des
bâtiments dans
le tissu urbain
grenoblois, à la fin
du XIX^e siècle. Carte
postale, coll. part.

Sœur de
Saint-Thomas-de-
Villeneuve. Gravure
extraite de R. P.
Hélyot. *Histoire des*
Ordres monastiques,
Tome III, 1715.



16



ouvert pour lequel plusieurs projets prévoient l'achèvement de la seconde tranche de travaux en 1884¹⁰.

À cette date, l'Hôpital-hospice comprend un service pour les fiévreux, les blessés et les syphilitiques et compte une maternité, un service pour les vieillards et une crèche. Cinq médecins ou chirurgiens titulaires, un chirurgien adjoint, deux professeurs de clinique, un médecin attaché à la maternité, chargé du cours d'accouchement, et deux médecins militaires assurent le service médical de l'Hôpital. La pharmacie est gérée par un pharmacien et deux aides-pharmacien, nourris et logés. Une maîtresse sage-femme est chargée des accouchements¹¹. Mais l'organisation et le mauvais état de l'hôpital ne permettent plus d'assurer correctement son fonctionnement. Le compte administratif de 1877, présenté par la commission administrative des Hospices et rapporté devant le conseil municipal, pointe certains dysfonctionnements, tels que : le mauvais entretien des cours, leur proximité avec le bâtiment des épidémies, l'absence de galerie couverte, le délabrement de l'unique salle de bain, une alimentation en eau défectueuse, les dysfonctionnements du service de la maternité (un enfant sur cinq y décède et l'absence trop fréquente de la sage-femme est signalée), le mauvais emplacement de l'amphithéâtre de dissection, situé au centre de l'hôpital, à côté des écuries et de la cuisine...

En 1812, l'administration de l'hôpital de Grenoble sollicite la congrégation dite de Saint-Thomas-de-Villeneuve installée à Aix-en-Provence pour venir assurer les soins aux malades.¹² Cinq religieuses et deux sœurs converses assurent le service d'encadrement et des soins. Elles occupent principalement les fonctions de directrices de salles ou d'ateliers, chargées de la surveillance des infirmiers ou infirmières, de la distribution des vivres et médicaments, de la lingerie, de la buanderie, de la cuisine, etc. La supérieure de la communauté religieuse est responsable de la surveillance générale des hommes et des femmes qui travaillent dans les salles d'hospitalisation ou dans les services généraux.

«L'Hôpital doit être l'endroit le plus propre de la ville». Voilà l'idée qui anime la commission administrative lorsqu'elle entreprend les travaux d'aménagement

En 1680, les consuls de l'hôpital achètent les terrains contigus à l'Hôpital général, qu'ils céderont en 1681 aux frères de Saint-Jean-de-Dieu sous diverses clauses et conditions. La principale leur impose la construction d'un hôpital particulier dans lequel ils s'obligent à recevoir et à soigner quarante pauvres malades. Le 1^{er} mai 1684, l'intendant Bouchu conclut avec l'ordre des frères de Saint-Jean-de-Dieu une convention pour le traitement des malades militaires. Cet acte fixe la fondation de l'Hôpital militaire et inaugure, à Grenoble, la création d'une école de chirurgie. En 1771, l'école privée de chirurgie devient école *publique* de chirurgie, destinée à former des praticiens pour la campagne. Elle est inaugurée par M. Marcheval, intendant du Dauphiné (1724-1792). Le 4 juin 1792, une décision de l'administration prévoit l'annexion de l'Hôpital militaire à l'Hôpital général.

À la fin du XIX^e siècle, l'Hôpital militaire compte trois salles. Il est situé dans les locaux de l'ancien hôpital de la Charité. La reconstruction et le transfert de l'Hôpital militaire sont également l'enjeu du débat relatif au transfert de l'ensemble des bâtiments hospitaliers. En 1902, une conférence mixte, composée de militaires et d'administrateurs civils, décide de l'achat d'un terrain de 27 950 m², la propriété Teisseire à La Tronche, pour y reconstruire l'hôpital militaire. Du fait de l'augmentation très importante des garnisons basées à Grenoble et dans la région sud-est, la taille de ce nouvel équipement justifie qu'il soit désormais placé directement sous le contrôle de l'autorité militaire. Dans le cadre de sa reconstruction, il devient donc une institution totalement indépendante de l'Hôpital civil. Construit sur le

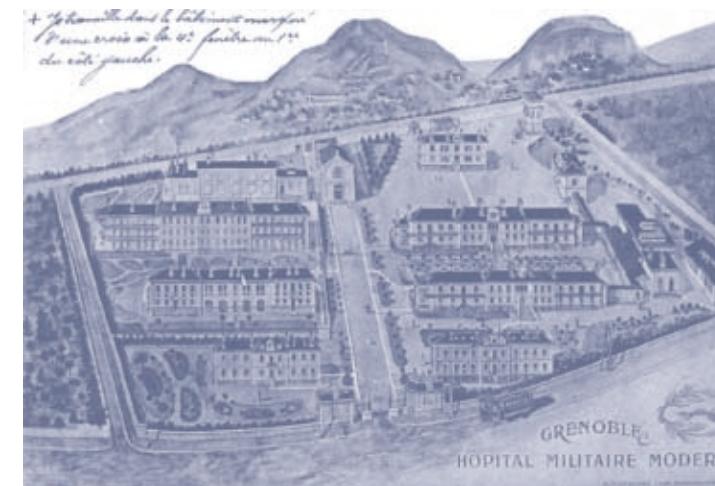
modèle pavillonnaire, et inauguré en 1910, il redevient, dès 1913, mitoyen de ce dernier que la ville transfère sur des dépendances de la propriété Teisseire ! Malgré sa taille, l'Hôpital militaire n'est pas en mesure de recevoir l'ensemble des blessés générés par un conflit qui se généralise. De nombreux hôpitaux temporaires sont installés dans des lieux réquisitionnés : écoles, usines, etc. pour pallier une capacité insuffisante. Plus tard, il assure le soutien de la 27^e Division alpine avec pour principale mission l'accueil des ressortissants du ministère de la Défense et des civils (186 lits). L'Hôpital des armées de Grenoble, qui reçut après la seconde guerre mondiale le nom d'Émile Pardé en souvenir d'un jeune résistant, ferme ses portes en 1983. Un centre de recherche du service de santé des Armées s'installe dans les locaux (CRESSA).

L'Hôpital militaire

SYLVIE BRETAGNON

L'Hôpital militaire
à Grenoble, salle
commune (ci-
dessous).

L'Hôpital militaire
à La Tronche.
Carte postale,
coll. particulière
(en-bas).





18
L'amphithéâtre de l'École de médecine, situé au centre de l'hôpital à quelques mètres de la maternité, sert de morgue à la ville.
Coll. MGSM.

et de réorganisation de l'hôpital. En tenant compte des critiques exprimées en 1881, en 1884 et en 1886 par les inspecteurs Foville et Pellat, la commission administrative fait exécuter d'importants travaux de réparation en 1891. Des cours sont aménagées. Ainsi, le 22 janvier 1892, la commission administrative décide la destruction de la boulangerie pour aménager la cour Moidieu.

Les maternités des femmes et filles ont été installées dans un bâtiment neuf qui donne rue de France. Les salles de médecine et de chirurgie connaissent également des

transformations. Toutes les salles des malades ont été modifiées. Les fenêtres ont été abaissées, des portes fenêtres ouvrant sur des balcons ont été créées. Les rideaux des fenêtres ont été supprimés et des stores extérieurs ont été installés. La plupart des planchers en pin ont été remplacés par des mosaïques au centre et du chêne ciré sous les lits. L'eau monte à tous les étages. La lumière électrique remplace le gaz et le pétrole. L'hôpital est équipé d'une clinique médico-chirurgicale pour malades payants en 1894. Cependant ces travaux ne suffisent pas et l'administration hospitalière, consciente de l'insuffisance des aménagements, n'attend que des financements pour pouvoir construire un nouvel hôpital qui réponde à toutes les données modernes de l'hygiène nosocomiale sur un vaste emplacement¹³.

Transférer l'hôpital, une idée qui germe en 1881, mais qui fait débat

Du fait du déplacement des fortifications de Grenoble jusqu'au Drac en 1879, l'hôpital-hospice se retrouve en plein cœur de la ville. L'idée de son transfert naît d'une double volonté : trouver un emplacement protégeant la ville du risque de propagation des épidémies et satisfaire les ambitions urbanistiques du maire Édouard Rey (1836-1900), qui souhaite le prolongement du boulevard de Bonne jusqu'à l'avenue de la Gare, en empiétant considérablement sur l'hôpital. Si



13. Exposé de la gestion des Hospices de Grenoble, de la fin 1890 à fin 1900.
Coll. MGSM.

Les cachots dans l'hôpital. Ils sont ainsi décrits : « (...) prisons humides, briquetées, sans feu, n'ayant qu'une fenêtre garnie de barreaux de fer par où l'air pénètre de tous côtés. L'on y gèle en hiver. Cette fenêtre ne peut se fermer que par un volet plein en bois qui plonge ces réduits meurtriers dans une obscurité complète. » Séance du conseil municipal de Grenoble du 13 décembre 1878.
Coll. MGSM.

quelques-uns s'obstinent à défendre la reconstruction *in situ*, la nécessité de construire un asile pour les vieillards, un hôpital militaire et un hôpital civil à l'extérieur de la ville s'impose à la majorité.

En mai 1881, Édouard Rey crée une commission chargée d'étudier l'amélioration des services hospitaliers. Débute alors un long débat entre les membres de cette commission et ceux de la Commission administrative des Hospices. La première, à laquelle participent le docteur Berger, directeur de l'école de médecine, Aristide Bergès, ingénieur civil et conseiller municipal, Corbin, colonel du génie en retraite, membre de la Commission administrative des Hôpitaux et le docteur Jules Girard, chirurgien en chef de l'Hôpital, conclue à l'opportunité du déplacement des bâtiments hospitaliers¹⁴. L'espace restreint de l'Hôpital-Hospice, sa mauvaise situation (en centre ville, interrompant le tracé d'une artère majeure) et la distribution des bâtiments, contraire aux lois de l'hygiène hospitalière, plaident en faveur d'une reconstruction à l'extérieur de la zone urbaine.

Le 25 mai 1888, Jules Girard propose un projet en ce sens avec l'édification d'un hospice pour les vieillards à la campagne. Bien qu'adopté, ce projet ne fait pas l'unanimité. Ainsi, la Société de médecine et de chirurgie de pharmacie, représentée par Félix Allard, chirurgien en chef, Bisch médecin en chef, Turrel chirurgien en chef, Berger, directeur de l'école de médecine, Montaz, chirurgien, Nicolas, médecin, Deschamps et Pégoud, médecins adjoints, s'y déclare opposée. Ces médecins avancent qu'ils disposent désormais de moyens antiséptiques qui leur permettent de ne plus redouter la transmission des maladies contagieuses¹⁵.

Finalement, après maintes discussions, la commission administrative hospitalière et le conseil municipal signent un traité préfigurant le transfert de l'Hospice des vieillards et des malades « épidémiques ». Mais, autour du docteur Joseph Juvin, ancien adjoint au maire, la résistance s'organise. Celui-ci argue que la ville, qui souhaite le développement de projets d'urbanisme sur son territoire, est surtout gênée par la localisation de l'Hôpital et qu'en conséquence c'est à elle de prendre en charge la totalité des coûts afférents au projet de transfert. En janvier 1890, son mandat de vice-président de la commission administrative prend fin et le préfet de l'Isère nomme le docteur Jules Girard à ce poste.

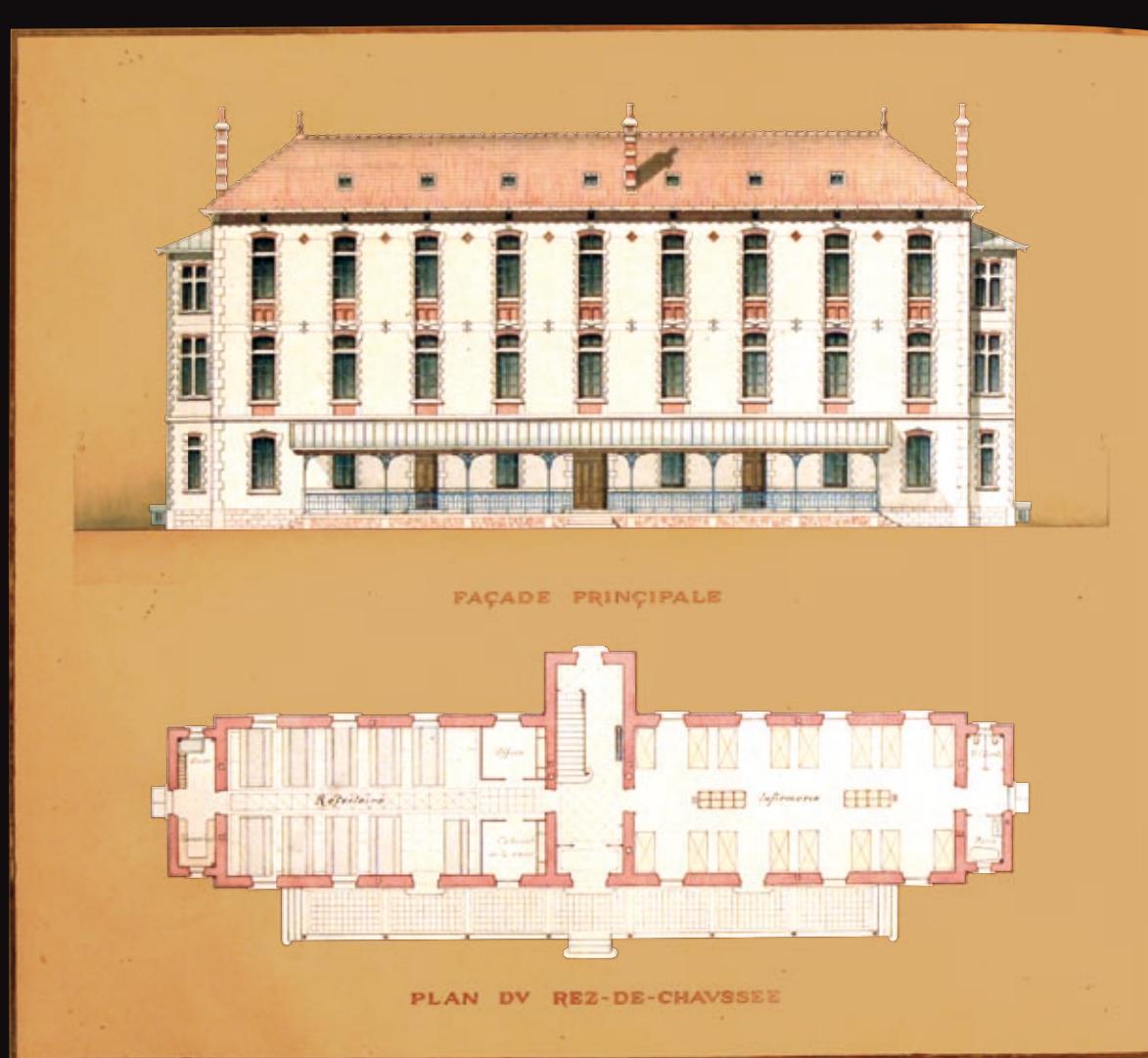
Le 25 avril 1890, la commission administrative condamne tout projet de reconstruction sur place et considère que la reconstruction *in situ*, non seulement de l'asile pour les vieillards mais de tous les services accessoires de l'hôpital-hospice qui tombent en ruine ne serait qu'un retour au plan de 1862, condamné en 1881 par la commission extra-municipale et par les inspecteurs généraux des établissements hospitaliers. Le transfert est ainsi définitivement acquis. En 1923, les anciens bâtiments sont proposés aux enchères et acquis par une société privée pour les transformer en hôtel, le Majestic, afin d'accueillir les visiteurs de l'exposition internationale de la houille blanche et du tourisme, programmée pour 1925.

14. Transformation de l'Hôpital-hospice de 1881 à ce jour, Grenoble, 1891, p. 263.

15. *Idem*, p.124.



Le Majestic, hôtel construit sur les terrains de l'hôpital, libérés après 1923. Carte postale, coll. particulière.



**Vue générale
de l'asile des
vieillards.
carte postale,
coll. particulière**

PAVILLON DE VIEILLARDS

**Plan et élévation
d'un des pavillons
de l'asile.**

Sommier de l'Asile des vieillards de La Tronche, Joseph Chatrousse et Marius Ricoud, 1894. Papier marouflé, relié plein cuir, 70 x 91 cm, coll. M fsm.
À l'occasion de l'inauguration de l'asile, le 2 avril 1894, sous

première fois au conseil municipal de Grenoble en 1888.

Les quelques bâtiments, qui ont un temps constitué l'asile et subsistent en l'état, témoignent du fonctionnement d'une structure sanitaire exclusivement destinée, dès l'origine, à l'accueil des personnes âgées à la fin du XIX^e siècle. La construction de l'asile, à l'extérieur de la ville sur la commune de La Tronche, marque temporairement la séparation des vieillards des malades hospitalisés. Dénoncées par les partisans du transfert, les conditions d'accueil des vieillards dans l'Hôpital-Hospice en centre-ville sont indignes. Aucun bâtiment n'est réservé au service de l'Hospice, ils se retrouvent disséminés dans tout l'hôpital¹. «*Ils vivent entassés dans les greniers et les combles de l'Hôpital-Hospice, capharnaüm privé d'air et de lumière. Ils sont vingt-deux dans la salle Saint-Philippe (169 m²), dépourvue de toute isolation, sans lavabo, et éclairée seulement par six lucarnes, trente-huit dans la salle Saint-Hugues, vingt-huit dans les salles Saint-Jacques et Saint-Pierre. Une infirmerie située dans la salle Saint-Alexis permet de prodiguer quelques soins aux plus faibles. Les femmes logent dans des conditions similaires.*

L'Asile des modèles arc «aériste» et fonction

SYLVIE BRETAGNON

L'Asile des vieillards, modèle architectural « aériste » et fonctionnel

SYLVIE BRETAGNON

« Vous avez sous les yeux, Messieurs, les plans en élévation et coupe de chacun des bâtiments dont l'ensemble doit constituer l'Asile des vieillards. Ils donnent satisfaction, croyons-nous, à la pensée maîtresse qui doit guider les architectes dans tout projet de construction hospitalière : concilier les besoins d'économie avec les nécessités de l'hygiène et pour cela chasser toute idée de luxe ou d'ornementation dans l'intérêt du confortable ». Jules Girard, vice-président de la Commission administrative, 1925.

Du service de l'hospice à la construction de l'asile, établissement public de bienfaisance pour les vieillards

L'ensemble, conçu pour être fonctionnel, est construit sur la propriété de M. Coutrier, sur la commune de La Tronche, par les architectes départementaux, Joseph Chatrousse (1847-1914) et Marius Ricoud (1850-1904), signataires de nombreuses réalisations dans le département. L'établissement inauguré le 1^{er} avril 1894 est réalisé sur le principe du modèle aériste et consiste en « *des pavillons isolés et simples d'épaisseur, permettant une ventilation naturelle au moyen de baies percées sur chaque face. Ces pavillons quoiqu'isolés, sont néanmoins groupés de manière à rendre le service commode* ». Ce plan général est adopté pour tous les établissements de ce genre : maison de répression de Nanterre, Asile du Vaucluse, fondation Galiera, Hôpital du Havre³. À l'origine, le projet grenoblois comprenait cinq pavillons ordonnés dans un parc autour de la chapelle et des services généraux⁴.

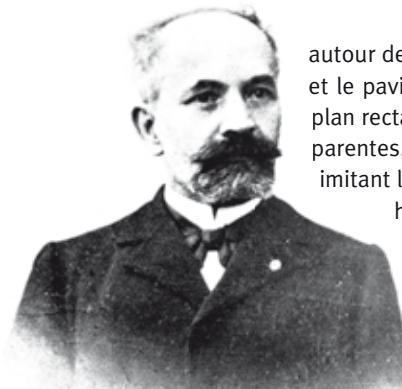
Selon les volontés émises par la commission administrative en 1877, un pavillon réservé aux malades atteints de maladies contagieuses, plus connu sous le nom de pavillon A, est construit à l'écart afin d'éviter la contagion. Établis sur un terrain légèrement en pente, sur une surface de neuf hectares, les bâtiments s'ordonnent

1. Hospice de Grenoble. Exposé de la gestion des hospices, de la fin 1890 à la fin 1900, p. 29. Cite le rapport Foville de 1884.

2. Transformation de l'Hôpital-hospice de 1881 à ce jour

3. *Idem*, p. 74.

4. *Sommier de l'asile des vieillards, Hospices civils de Grenoble, plan d'ensemble, 1894.*
Coll. MGSM



22

Jules Marius Girard, vice-président de la commission administrative et fervent défenseur du projet de transfert, est né à Bourg-d'Oisans le 30 janvier 1847. Lauréat de la faculté de médecine en 1873, il est nommé professeur à l'école de médecine et chirurgien en chef de l'Hôpital à 27 ans. Il fait paraître des brochures sur les maladies infectieuses, la désinfection et l'hygiène. En 1882, il prononce devant le conseil municipal de Grenoble l'arrêt de mort de l'Hôpital général construit au XVII^e siècle. Cliché : Isère, Dictionnaire biographique et album, Flammarion, 1906.

Les architectes.
De gauche à droite : M. Biron, Mme Chatrousse, Joseph Chatrousse (1847-1914), architecte du département de l'Isère, membre du conseil des bâtiments civils, Adèle Ravanat, Marius Ricoud (1850-1904) architecte des hospices de Grenoble et X. Coll. particulière.



autour de l'administration générale. Orientés au sud, excepté la chapelle et le pavillon réservé aux malades épidémiques (ouest/est), ils sont de plan rectangulaire, élevés sur un niveau de soubassement en pierres apparentes. Les murs en béton, aux chaînages d'angles en ciment moulé imitant la pierre, sont recouverts d'un enduit en ciment. Les ouvertures, hautes et étroites, soulignées par des linteaux cintrés et des soubassements en briques, rythment régulièrement les façades. Quelques éléments décoratifs, tels que modillons en ciment moulé teintés dans la masse et raidisseurs de plancher ouvrages, égayent ces sobres façades. Le pavillon central, destiné aux services généraux, est rendu plus élégant par la multiplication des ornements, encore visibles sur les façades latérales. Une large frise, composée en alternance de briques et de céramiques vernissées, souligne la passée de toiture supportée par des consoles en bois peint. La façade principale, autrefois ornée d'une horloge monumentale, a été détruite en 1957 pour agrandir l'École d'infirmières de l'hôpital.

Tous identiques, ces pavillons sont aménagés au rez-de-chaussée avec un réfectoire et une infirmerie. Un escalier central dessert les dortoirs aux premier et second étages. Les combles également aménagés servent de dortoir pour le personnel. Les architectes ont respecté les normes préconisées par les règles d'hygiène hospitalière, à savoir 30 m³ d'air par lit. Les murs intérieurs sont lissés et peints à l'huile pour pouvoir être lavés et badigeonnés. Des entrées d'air situées au ras des plafonds assurent la ventilation des dortoirs, dotés en leurs extrémités d'installations sanitaires avec cabinets de toilette aux lavabos avec eau chaude et eau froide et d'un petit fourneau pour assurer le chauffage. Les eaux usées sont évacuées par le tout-à-l'égout.

Le pavillon central abrite les services administratifs et, au premier étage, les loge-

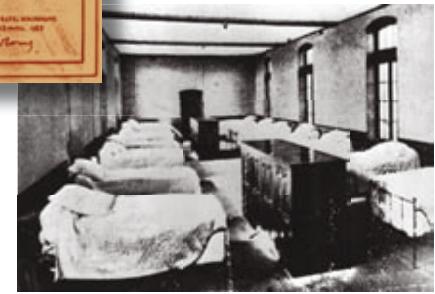


Cuisines de l'asile des vieillards, un équipement modèle à l'époque. En 1893, un marché forfait est contracté avec M. J. Grouvelle et H. Arquembourg pour l'installation des appareils devant fournir la vapeur nécessaire au chauffage des divers pavillons ainsi que celle utilisée à la cuisine, à la buanderie, aux bains et à l'élimination des eaux vannes provenant du tout-à-l'égout. Coll. Mgsm.

23



Dortoirs de l'asile des vieillards.
Les dortoirs comptent 16 lits et certains pavillons, tels le pavillon Gerin, conservent cette disposition jusque dans les années 1980. Cliché publié dans la *Revue des Hôpitaux*, en 1923.



Personnel hospitalier devant le bâtiment des cuisines, années 1940. coll. Mgsm.

Plan de l'asile des vieillards dressé par Alfred Rome, publié dans la *Revue des Hôpitaux* en 1924. Préfigurant le transfert en 1911-13 des hôpitaux sur la commune de La Tronche, l'asile reçoit le service de l'hospice. Le plan pavillonnaire est respectif, hygiéniste et aériste, l'asile s'apparente à une caserne.

5. L'asile des vieillards est alimenté par les eaux de Fontaines-Galante à raison de 12 fontaines. Les eaux arrivent dans la propriété sans pression. Pour leur permettre de desservir les étages les plus élevés des bâtiments, les architectes proposent la construction d'un réservoir de 36 000 litres.

Les eaux de Fontaines-Galante proviennent des sources captées au hameau de Vence (massif de la Chartreuse).
Archives hospitalières, Délibération de la commission administrative du 16 juin 1893.

24

ments du directeur, de l'aumônier, des chambres pour les étudiants en pharmacie et médecine. Les ateliers de couture, les logements des religieuses, et des pièces pour les domestiques occupent le second étage. Les bâtiments logistiques et techniques, sont relégués au nord de l'asile. Un petit pavillon abrite les cuisines, lesquelles sont équipées selon un projet dressé par les architectes Chatrousse et Ricoud, sur le modèle de celles construites à l'asile Saint-Robert de Saint-Égrève. Cette installation réalisée par les établissements Piet & Cie comprend : une marmite profonde de 200 litres pour potages, une marmite de 200 litres pour les légumes, une marmite de 100 litres pour les légumes et les viandes, une marmite plate de 75 litres pour viande rôtie ou revenue à la casserole. Un groupe de deux marmites pour lait et café, une marmite en cuivre étamée, double fond en fonte de 100 litres pour le lait et une cafetière en cuivre avec enveloppe en bois de 25 litres. La cuisine est également équipée d'un fourneau en tôle et fonte à trois faces comprenant un seul foyer chauffant, un four, une étuve et un système pour les grillades.

La buanderie sert au traitement du linge des vieillards et du personnel. Ce bâtiment comprend des salles de réception et de tri du linge ainsi que d'une laverie avec des bassins d'eau et des appareils à vapeur. Aujourd'hui détruit, il était remarquable sur sa partie supérieure par son séchoir à l'air libre en bois. Les pavillons éclairés à l'électricité par la Société d'éclairage électrique, alimentés en eau⁵ et chauffés à la vapeur basse pression, sont reliés entre eux par une galerie technique souterraine destinée au passage des diverses conduites de vapeur et câbles électriques.

L'agrandissement de l'asile dès 1897

L'accroissement constant de la population grenobloise — 68 000 habitants en 1900 contre 45 000 en 1878 — et la création de l'assistance médicale gratuite en 1893 participent à l'augmentation de la population hospitalisée. Cette situation constraint les Hospices à construire, dès 1897, un nouveau bâtiment de 80 lits érigé grâce au legs d'Élisée Chatin. Inauguré en 1898, le pavillon Chatin accueille des tuberculeux au



Le pavillon A, ou pavillon des épidémies, est construit en même temps que l'asile des vieillards à l'écart pour éviter tous risques de contagions. Il a été détruit fin 2008. Coll. particulière.

premier étage dès son ouverture, le second étant réservé aux vieillards. En 1901, le conseil d'administration sollicite une nouvelle fois la ville pour bâtir un nouveau pavillon, d'une capacité de 60 lits. Érigé grâce au legs de Marie Escoffier, inauguré en 1904, il est également détruit au début des années 1980. En 1904, le personnel de l'asile, compte : 132 personnes dont deux infirmiers, 19 servants et 44 servantes. Les directrices chargées de la distribution des médicaments dirigent ce personnel. Elles sont logées dans le pavillon central, tandis que le personnel de service, astreint à un règlement strict, est hébergé dans des chambres aménagées sous les combles des pavillons. Dans chacun des bâtiments, une chambre, généralement située sur le palier d'escalier au niveau des dortoirs, est réservée à l'infirmier ou l'infirmière de garde. Le pavillon Chatin est détruit au début des années 1980 pour laisser place à une structure de type V 120 (120 vieillards) portant le même nom.

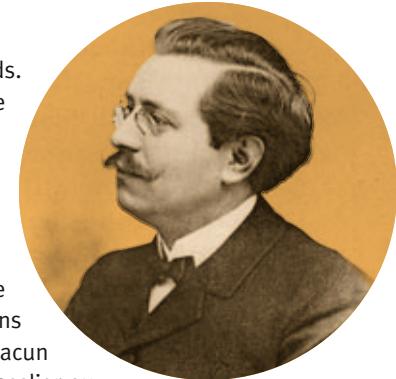
De l'asile au sanatorium

L'accroissement de la population, la prise en charge médicale de certaines pathologies et la création de nouvelles disciplines médicales contraint l'Hôpital à s'adapter. La guerre de 1914-1918 a suspendu l'expansion hospitalière, mais le développement de la tuberculose et des maladies épidémiques inquiète les administrateurs. En 1916, le Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux sollicite la ville de Grenoble et la Commission administrative des Hospices pour la construction d'un sanatorium.

Il est décidé :

- « que le pavillon des épidémies, devenu sanatorium A, serait affecté de 40 lits pour tuberculose fermée et qu'une galerie de cure d'air et de repos serait annexée ;
- qu'on construirait un autre pavillon pour les maladies contagieuses qui contiendrait 23 lits au lieu de 50, chiffre trop élevé pour les besoins de la population puisque la moyenne de malades ne dépasse pas 6 et que depuis quinze ans elle ne s'est élevée qu'une fois à 21 ;
- que le pavillon Chatin, sanatorium B, subirait des transformations qui lui permettraient de devenir un sanatorium très confortable pour 60 malades ;
- que le pavillon C, occupé par des vieillards provisoirement placés à domicile, subirait les mêmes transformations que le pavillon B et compterait 60 lits, qu'un autre pavillon de 50 lits serait construit en remplacement.
- que pour porter à 250 lits le nombre total des lits au sanatorium, M. Rome, architecte départemental et des hospices, serait invité à étudier les plans d'un 4^e pavillon de 90 lits. »⁶

L'année suivante, la commission administrative décide d'affecter une partie des pavillons de l'asile des vieillards à l'hospitalisation des fiévreux et des tuberculeux. Elle choisit de créer un sanatorium appelé également *station sanitaire* à La Tronche, en désaffectant les pavillons situés au sud de la chapelle de l'asile⁷ et en construisant un nouveau pavillon dédié à l'accueil des tuberculeux. L'édification de cet établissement est confiée à Alfred Rome, architecte départemental, et architecte des Hospices. Progressivement, les pavillons réservés aux tuberculeux sont équipés de balcons, pour permettre aux malades de suivre la cure « hygiénico-diététique », base du traitement. Mais nous sommes bien loin des règles que préconise l'architectu-



Alfred Rome (1869-1940) Ancien élève de l'école des Beaux-arts et architecte établi à Grenoble, il est nommé surveillant local des travaux diocésains de Grenoble en 1905 puis architecte des monuments historiques et expert près les tribunaux. Ayant racheté le cabinet de J. Chatrousse en 1914, il devient architecte des Hospices et membre de la commission d'hygiène et de salubrité de la ville de Grenoble. Cliché : Isère, Dictionnaire biographique et album, Flammarion, 1906.

6. Notice accompagnant le registre des délibérations du conseil d'administration des Hospices, vol. 16, archives Hospitalières, p. 144, séance du mercredi 21 avril 1917.

7. Délibération du 21 février 1917 de la commission administrative, Archives hospitalières, vol. 15.

25

Les stations sanitaires
accueillent les soldats tuberculeux durant les trois mois qui précèdent leur réforme. Ils y reçoivent une éducation hygiénique appropriée. Le terme de *station sanitaire* inquiète moins que celui de *sanatorium*. Carte postale, coll. particulière.



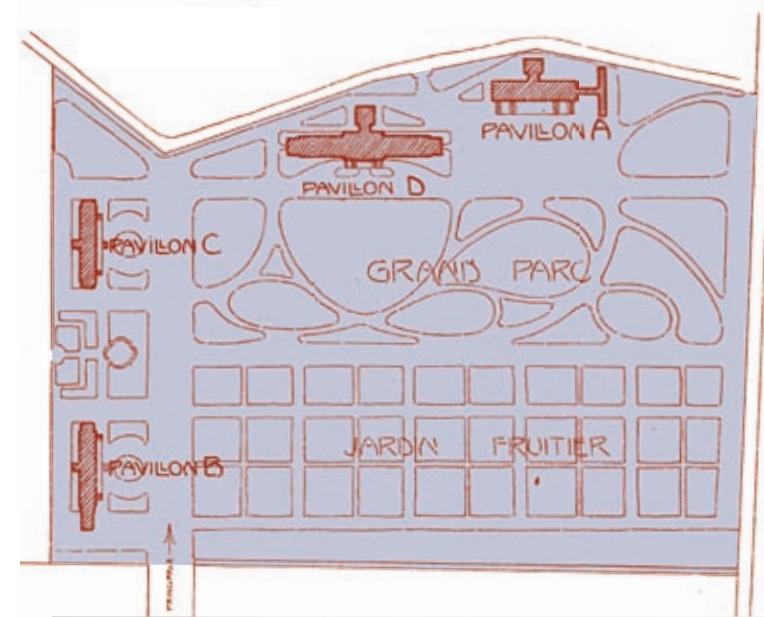
GRENOBLE. — Vue générale de la Station Sanitaire de la Tronche (Isère)

26

re sanitaire. L'achèvement en 1922 du pavillon D, construction spécifiquement vouée à cette pathologie, inaugure l'ouverture du « sanatorium » de l'Hôpital. Ce pavillon d'une capacité de 90 lits ressemble plus à une caserne qu'à un sanatorium type. Certes, deux galeries de cure, ouvertes sur les façades latérales, permettent aux malades de se reposer au grand air mais leur orientation expose plus les malades au vent et au soleil qu'elle ne les protège. La réalisation de ce bâtiment est financée par la ville de Grenoble (100 000 francs), le département (220 000 francs), l'État (600 000 francs) et par une souscription publique organisée par le Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux, à hauteur de 160 000 francs. L'Hôpital-Sanatorium de La Tronche dispose ainsi, avec quatre pavillons, d'une capacité d'accueil de 280 personnes en 1923, certes importante mais déjà insuffisante... L'ancien pavillon des épidémies (pavillon A) est, à son tour, transformé en sanatorium (sana A) et, dans les années 1930, un aérium en bois lui est annexé. Il abrite l'Œuvre de la protection de l'enfance contre la tuberculose à compter de 1933. Ainsi, l'asile des vieillards et le sanatorium de La Tronche reçoivent, pendant plusieurs années, tous ceux qui, trop âgés ou contagieux, sont de condition trop modeste pour prétendre à autre chose. À la fin des années 1960, avec la construction de l'Hôpital Sud et le projet de l'Hôpital des Sablons, cet ensemble est appelé à devenir l'hospice des Sablons, mais le projet restera sans suite.

La disparition des bâtiments de l'asile s'inscrit dans le cadre d'une politique de construction hospitalière active. Progressivement, cet ensemble pavillonnaire connaît de nombreuses transformations pour s'adapter aux évolutions de la médecine et de la prise en charge des patients à l'Hôpital. Aujourd'hui, seuls subsistent la chapelle reconvertisse en lieu de conservation et de valorisation du patrimoine hospitalier, l'ancien pavillon Gerin qui abrite les magasins et le pavillon C, la trésorerie principale. En 2004, l'université Joseph-Fourrier installe le laboratoire TIMC-IMAG dans l'ancien pavillon D, rebaptisé pavillon Taillefer.

• Sylvie Bretagnon est responsable du musée grenoblois des Sciences médicales au CHU de Grenoble.



Plan du sanatorium.
dressé par Alfred Rome, publié dans la *Revue des Hôpitaux* en 1923. Ces quatre pavillons sont consacrés à la prise en charge et aux traitements des tuberculeux.

Dessiné par l'Architecte Sénior Grenoble le 10 Avril 1923

Alfred Rome



Élevation du pavillon D. Alfred Rome, 21 avril 1917. Coll. Mgsm. Son achèvement en 1922 inaugure l'hôpital-sanatorium de La Tronche qui dispose ainsi d'une capacité d'accueil de 280 personnes en 1923.



Sanatorium B.
Carte postale, coll. particulière.

La laïcisation des hospices

Dès 1878, le conseil municipal émet le vœu d'un nouveau mode de recrutement des infirmiers laïcs. Le personnel est souvent jugé instable, ce qui ne favorise pas l'amélioration des soins⁸. Quant à la présence des religieuses dans l'hôpital, elle est de plus en plus contestée. C'est ainsi

qu'un incident révélateur est rapporté durant la séance du 26 septembre 1890 de la commission administrative hospitalière :

« Dimanche 21 août vers 8 heures du soir, M. G., faisant fonction d'interne provisoire, allant donner des soins à une malade du service des fiévreux, s'est permis d'adresser des injures les plus graves à une religieuse, directrice de ces services médicaux et de la sortir de la salle en la traînant par le bras, et ce, sous prétexte que cette employée avait fait administrer les derniers sacrements à la malade, ce qui avait démoralisé celle-ci au point de refuser les soins médicaux. Il ajoute que : assisté de M. P., il s'est livré à une enquête sur les faits signalés, de laquelle il résulte que la malade, interrogée, a déclaré avoir accepté librement le ministre du culte, déclaration qui a été confirmé par les voisines de salle de la malade. Après avoir entendu l'interne, qui a déclaré avoir adressé à la religieuse les épithètes de charogne-garce, reconnaissant en même temps ses torts et exprimant ses regrets, un blâme de trois jours consécutifs de garde est infligé à l'interne G. »

SYLVIE BRETAGNON

28

des malades et les bénédictines au réfectoire sont supprimées. Cependant, le personnel (en dehors de ses heures de services), les malades et les vieillards gardent la possibilité de se rendre à la chapelle⁹. Par ailleurs, les noms de saints qui servaient à désigner les salles de l'ancien hospice sont remplacés par des noms de bienfaiteurs (pavillon Gerin, donné au pavillon érigé grâce au legs du chanoine du même nom).

À la fin du XIX^e siècle, le personnel de l'asile compte des congréganistes et des laïcs hommes et femmes, appelés plus couramment servants/servantes. Si l'idée maîtresse de la commission administrative est de « donner aux hospitalisés, tous les moyens de traitement médical ou chirurgical... des soins intelligents et dévoués »¹⁰, ces paroles restent sans effet. Le nombre de directrices attachées au service des vieillards ne cesse de diminuer après le transfert de l'asile à La Tronche¹¹.

Afin de former un personnel instruit, capable de remplacer les religieuses de l'hôpital et de l'asile, une école d'infirmières est organisée en 1903. Le 29 juin 1905, les religieuses, malgré les assurances données par la commission administrative, dénoncent le contrat qui liait la Congrégation aux hôpitaux et font connaître leur résolution de quitter l'Hôpital le 1^{er} janvier 1906, ce qu'elles exécutent.

La création de l'école d'infirmière, en 1903, est significative : il s'agit désormais de donner une formation de collaborateur au personnel laïc, les « servants », pour satisfaire aux impératifs des progrès médicaux et remplacer à terme les congréganistes. La mission thérapeutique de l'hôpital s'affirme, tout comme sa médicalisation.

En 1894, la commission administrative organise la laïcisation des hospices civils. Les messes et les prières dites en commun dans les salles

En France, la première école d'infirmière est créée en 1878 et les médecins commencent à soutenir la profession d'infirmière. À Grenoble, en 1882, le conseil municipal demande que l'école de médecine organise des cours pour former les gardes-malades. Le docteur Berger, consulté comme directeur, approuve cette idée et propose que les internes en médecine se chargent de cet enseignement, ce qui explique le choix d'Émile Hermite pour l'assurer. « Le 29 avril 1892, les cours sont clos. Les conférenciers ont fait 28 leçons suivies avec assiduité, la moyenne des présences était de 35, un certificat est délivré à ceux dont l'intelligence, la conduite et l'ancienneté dans la maison justifieraient cette récompense »¹². Par délibération le 22 septembre 1900, la commission administrative décide d'organiser une école d'infirmiers, avec l'aide de la ville et

du département. Cette école fonctionne à partir du 1^{er} mai 1903¹³ dans les locaux de l'hôpital. Un cours de médecine, un cours de chirurgie et un cours d'accouchement (auquel ne sont pas admis les hommes) sont ainsi dispensés aux élèves des deux sexes par les médecins, chirurgiens et accoucheurs. En 1913, le transfert de l'hôpital entraîne celui de l'école d'infirmière. Un enseignement général en français, écriture et calcul, pour permettre au personnel de l'hôpital de préparer le concours, complète l'enseignement médical. De 1947 à 1955, l'école d'infirmières est installée dans les bâtiments appelés « Légion d'honneur » (aile ouest, construits à l'origine pour recevoir une clinique médico-chirurgicale pédiatrique). En 1955, l'école est transférée dans l'ancien pavillon de l'administration de l'asile des vieillards, auquel un nouveau bâtiment a été accolé.



12. Archives du CHU de Grenoble, Compte-rendu de la commission administrative, 29 avril 1892.

13. Hospices de Grenoble, Gestion des Hospices de fin 1900 à fin 1904, 1905.

29

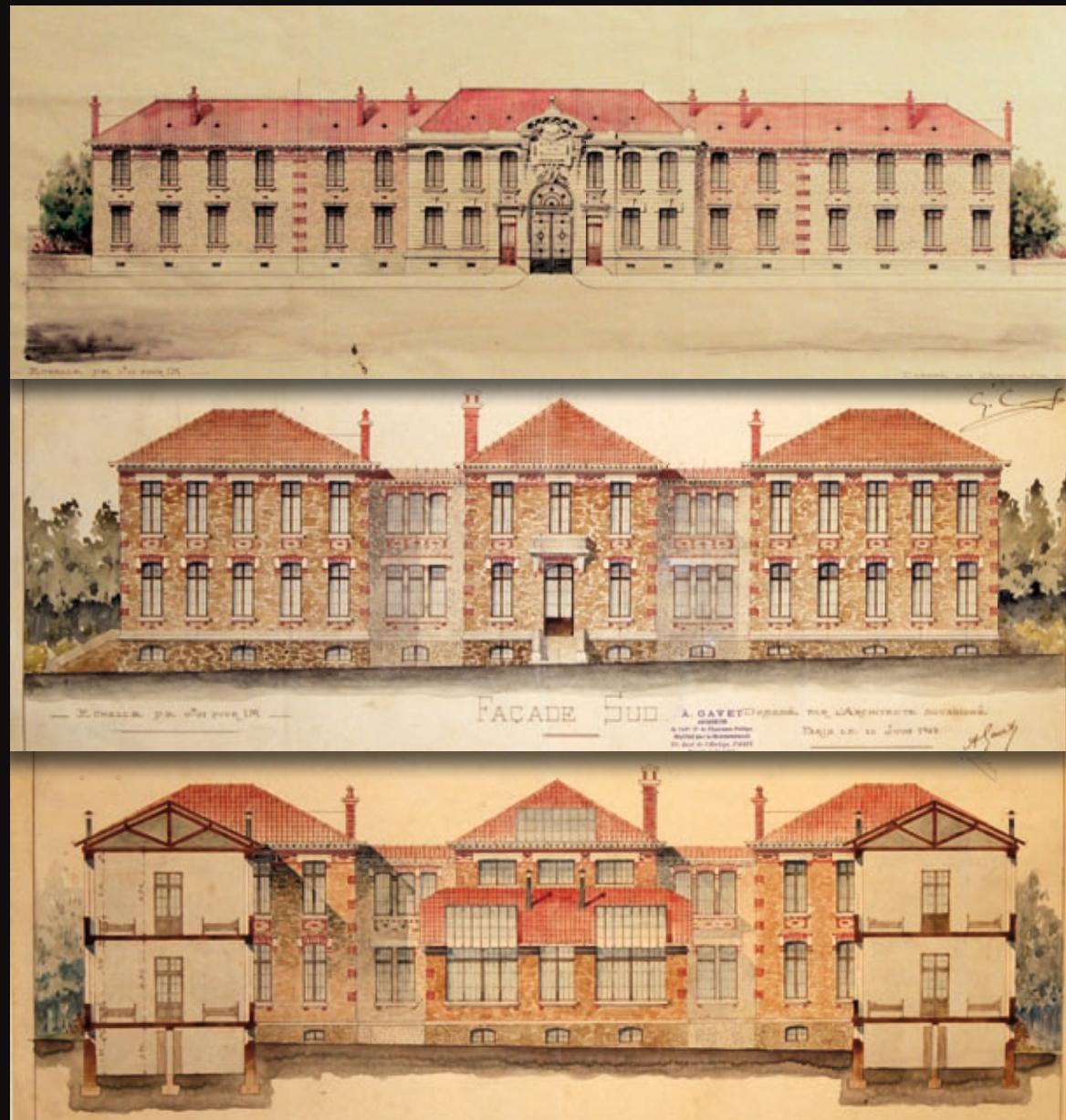
En haut :
Émile Hermite
(1869-1947)
Cliché :
Isère, Dictionnaire biographique et album, Flammarion, 1906.

Ci-contre :
Élèves infirmières et leurs enseignantes,
1928. Coll. Musée dauphinois.

En bas :
Élèves infirmières,
promotion 1946-48.
Coll. MGSM.

L'École d'infirmières construite en 1957, aujourd'hui Institut de formation en soins infirmiers.
Coll. MGSM.





Hôpital civil de Grenoble à La Tronche.
Plans dressés par Antoine Gavet le 10 juin 1908, coll. MGS.

En haut : façade principale et coupe. Au centre : pavillon des malades, service de chirurgie, façade sud. En bas : pavillon des malades, service de chirurgie, coupe et façade nord.

La construction de l'asile des vieillards, faisant fonction d'hospice, sur la commune de La Tronche préfigure les transferts de l'Hôpital militaire en 1909 et de l'Hôpital civil en 1913. Le projet de construction de ce dernier, adopté en août 1905, fait l'objet d'un concours¹ remporté en 1909 par Antoine Gavet, architecte de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris. Le nouvel hôpital est construit dans l'enceinte du clos Teisseire, devenu propriété des Hospices en 1903, à proximité du nouvel hôpital militaire.

Une organisation pavillonnaire

Les découvertes de Pasteur, qui établissent une théorie scientifique de l'infection et de la contagion à partir de la transmission des germes, dans les années 1860, initient une nouvelle conception de l'architecture hospitalière. Le concept « hygiéniste » organise désormais chaque activité ou spécialité par pavillon, dont la hauteur maximum ne doit pas dépasser deux étages. Seule compte désormais la séparation des malades en fonction des risques de contagions et des pathologies. Ainsi le nouvel hôpital civil est-il pensé sur ce modèle appelé pavillonnaire. Les travaux, réalisés en partie par des entrepreneurs de la région grenobloise, débutent en juin 1909. L'ensemble hospitalier, conçu pour recevoir 484 lits pour les patients et 162 lits réservés au personnel, est inauguré en septembre 1913. Parfaitemenr orchestrée par l'administration hospitalière, l'inauguration connaît un grand retentissement dont la presse locale se fait l'écho².

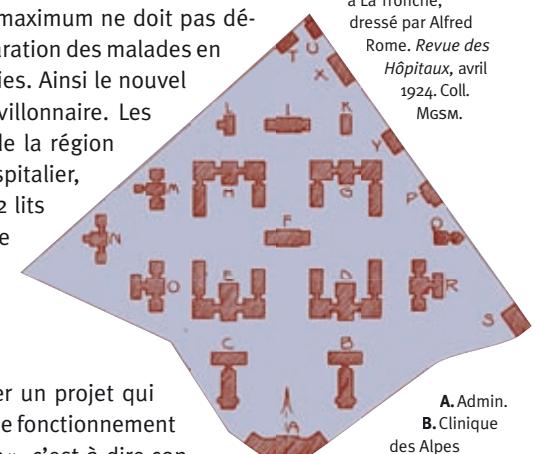
L'architecte Antoine Gavet s'est efforcé de proposer un projet qui non seulement permette la réduction des dépenses de fonctionnement mais assure également une répartition « convenable », c'est-à-dire conforme aux principes hygiénistes, des malades selon leur état (contagieux ou non) ou de leur pathologie (chirurgie ou médecine). Établi sur une surface de 55 000 mètres carrés, il compte une vingtaine de pavillons disposés symétriquement par rapport à une longue diagonale partant du pont sur l'Isère et aboutissant au chemin de l'Agnelas. Chacun jouit d'un fonctionnement qui lui est propre et forme, avec son jardin, une sorte d'hôpital distinct au milieu de l'hôpital général. Les services communs regroupent la cuisine, la pharmacie et la désinfection. L'accès se fait par le portail monumental du pavillon de l'administration. Taillé dans la pierre calcaire blanche de l'Échaillon, cette entrée comprend à l'origine, au rez-de-chaussée, une grande salle de réunion pour le conseil d'administration, le cabinet du secrétaire général et une salle pour les archives courantes, les bureaux des comptables, du receveur et de l'économie. Au premier étage se trouvent les appartements du secrétaire général, du secrétaire adjoint chargé des entrées, de l'économie, du sous-économiste et de l'aumônier.

La cuisine, placée au centre du dispositif, est équipée à l'origine d'un double chauffage : marmites chauffées à la vapeur pour les soupes et les légumes, fourneaux à charbon pour les rôtis à la flamme. Au premier étage, des espaces sont réservés au logement de la directrice (chambre) et du personnel (dortoir). Situé à l'arrière, le pavillon affecté à la pharmacie compte un étage, occupé par le logement

Le nouvel Hôpital civil, un ensemble pavillonnaire « modèle » aujourd'hui disparu

SYLVIE BRETAGNON

Plan de l'hôpital civil de Grenoble, à La Tronche, dressé par Alfred Rome. *Revue des Hôpitaux*, avril 1924. Coll. MGS.



A. Admin.
B. Clinique

des Alpes

C. Clinique ophtalmo. et dentaire D. Clinique chirurgicale et urologie

E. Chirurgie et ORL

F. Cuisine G. Médecine et dermat.

H. Clinique médicale I. Pharmacie

K. Désinfect. L. Labo.

M. Garderie N. Enfants malades O. Maternité

P. Chapelle Q. Physio-thérapie R. Clinique obstétricale S. Internat

T. Garage U. Abri des

voitures X. Aliénés, vénériens Y. Jardinier, enfants assistés.

1. *Les Alpes pittoresques*, n° 169, 1^{er} avril 1908.

2. *Archives hospitalières*, vol. n° 15, Séance de la commission administrative du 8 février 1913.

Cuisines.

Les aliments étaient transportés jusqu'aux différents pavillons à l'aide d'une voie de type Decauville, dans des wagonnets munis de bouillottes. *Les Alpes pittoresques*, n° 301, septembre-octobre 1913.



32

du pharmacien, les chambres des garçons, l'herboristerie et le séchoir. Ce pavillon abrite aujourd'hui la direction des services techniques du CHU. Suburbain, l'hôpital est éloigné du centre-ville. En 1913, il dispose déjà d'une ambulance pour assurer le transfert des malades, mais l'éloignement des services hospitaliers de la ville impose l'acquisition d'une voiture, pour aller chercher les médecins et assurer ainsi le service médical.

La modernisation des services hospitaliers

Deux pavillons sont affectés aux services de la chirurgie. Chaque corps central compte deux salles au rez-de-chaussée et au premier étage. Les salles des malades sont installées dans les ailes. Par mesure d'hygiène, les corridors et les salles des pavillons s'élèvent à plus de 4 mètres de hauteur sous plafond. Les murs sans arêtes sont uniformément peints et rendus lessivables, comme le préconisent les normes hygiénistes. Chaque pavillon est relié par le téléphone au cabinet du secrétaire général, à la pharmacie, à la chambre du médecin de garde et à la loge du concierge. L'eau des sources de Rochefort monte à tous les étages. Enfin, l'établissement est équipé d'un système de chauffage et de l'électricité.

L'un des pavillons de chirurgie est baptisé « Canel » en hommage à Claude Canel, prieur de Vizille, conseiller du Parlement et directeur de l'hôpital au XVIII^e siècle. Après son ouverture, le second pavillon de chirurgie est baptisé du nom de l'industriel grenoblois Casimir Brenier (1832-1911). Cette décision a été prise en décembre 1911 par la commission administrative en témoignage de sa reconnaissance. Constructeur mécanicien à Grenoble, président de la Chambre de commerce, conseiller municipal de La Tronche, il fonde en 1854 ses ateliers, avenue de la Gare, et fait un legs de 80 000 francs à l'Hôpital sans affectation. Au rez-de-chaussée, le pavillon est équipé de deux salles d'opération : l'une pour les « septiques » l'autre pour les « aseptiques ». Chaque salle est éclairée par des fenêtres latérales et un ciel ouvert. Les salles d'opérations sont pourvues d'eau stérilisée, chaude et froide. La stérilisation des linge et pansements est assurée par un système spécial d'étuve. Hommes et femmes sont séparés dans les deux

3. Marc-Antoine-Régis Berger de Moidieu est décédé le 13 avril 1820. Il laisse par testament à l'Hôpital de Grenoble, environ 600 000 francs. Son buste a été réalisé par le sculpteur Sappey dans du marbre blanc et placé au fond de la vaste salle qui servait de réfectoire. Par la délibération du 25 août 1894, la Commission administrative décide que le buste de M. de Moidieu, principal bienfaiteur des Hospices, sera placé sous le porche central de l'Hôpital civil, et qu'il sera encadré par les plaques de marbres, où sont inscrits les noms des bienfaiteurs des Hospices.

ailes du bâtiment. Les espaces centraux sont réservés aux infirmières et infirmiers. Ils bénéficient de chambres, vestiaires et bains afin de leur assurer la plus parfaite hygiène préventive. En principe, chaque pavillon dispose de son propre personnel logé dans le pavillon auquel il est affecté.

Deux pavillons de médecine, disposés en miroir, font face à l'arrière des pavillons de chirurgie. Ils reçoivent l'appellation des deux salles les plus importantes de l'ancien Hôpital : « Chissé » et « Moidieu »³. Bien qu'elles soient l'objet de critiques de la part de l'inspecteur général Faivre, en 1912, deux maternités sont construites afin de séparer les femmes mariées (34 lits) des filles-mères (36 lits). Quant aux « aliénés », ils sont regroupés avec les femmes atteintes de maladies vénériennes, dans un seul et même pavillon, situé à l'extrême, et appelé pavillon X, avant de devenir le pavillon Martin-Sisteron.

La chapelle et la clinique payante également transférées

Le long du chemin de l'Agnelas se trouvent l'internat et la chapelle, initialement prévue au centre comme pour l'Hôpital militaire. Mais l'architecte dut réviser son projet et la déplacer pour éviter que soit « offert aux malades le spectacle quotidien et peu récréatif des convois funèbres »⁴. L'autel de marbres polychromes, les lambris, et une statue de la Vierge et l'enfant, dorée et polychromée du XVIII^e siècle, classée au titre des monuments historiques en 1911, furent également transférés⁵. Le transfert de ce mobilier situé dans la chapelle de l'ancien hôpital suscita en 1913 l'inquiétude de la commission administrative. Elle s'opposa au transfert des vantaux des portes de la chapelle, impossibles semble-t-il à réutiliser. Mais par mesure d'économie, les portes de l'ancien hôpital civil, qui fermaient la baie centrale du péristyle de l'édifice grenoblois, ont été réemployées pour la nouvelle chapelle de



4. *Les Alpes pittoresques*, n° 169, 1^{er} avril 1908.

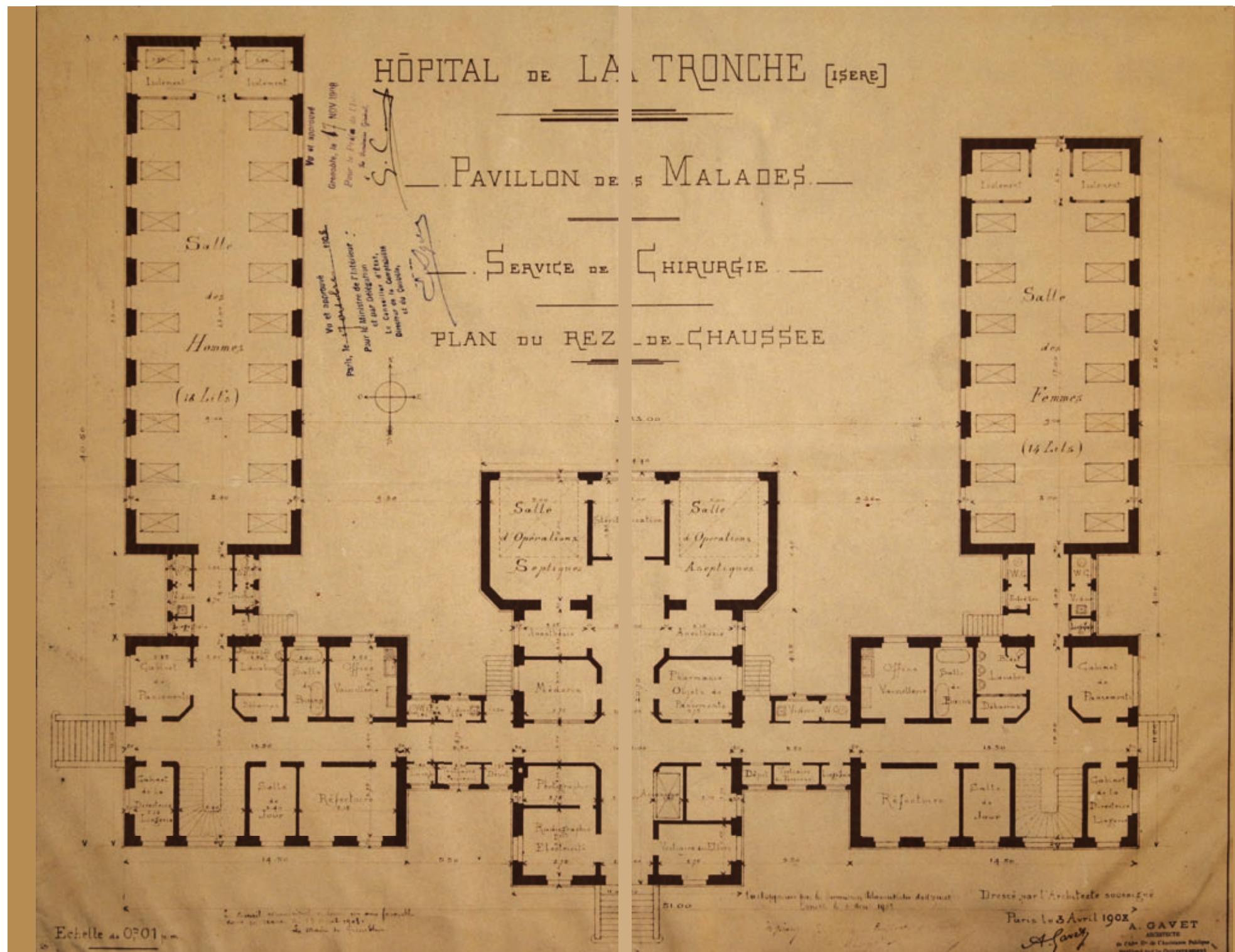
5. *Archives hospitalières*, volume n° 16, Séance de la commission administrative du 21 mai 1913.

Salle des malades,
hôpital civil de Grenoble à La Tronche. Coll. MGSM.



34

35



6. La Croix de l'Isère,
6 août 1913.

7. Hospices de
Grenoble, exposé
de la gestion des
Hospices, de la fin
1890 à la fin 1900,
p. 36-37.

8. Revue des
Hôpitaux, 1924.

l'Hôpital de La Tronche qui ouvre sur le chemin d'Agnelas. Une partie des grilles en fer forgé de l'ancien square de l'hôpital ont été également transportées à la Tronche⁶.

Depuis 1893, une clinique médico-chirurgicale fonctionne pour les malades payants. À la veille de la guerre, elle est également transférée⁷. Plus connue sous l'appellation de Clinique des Alpes, elle compte 24 places payantes. Complètement isolée, elle présente une entrée distincte sur la route de Chapareillan. Chaque malade dispose d'un appartement, composé d'une ou de plusieurs pièces, avec salle de toilette et salle de bains, équipé avec son propre linge, sa vaisselle et son mobilier. La clinique dispose de son propre règlement intérieur⁸.

Des spécialités qui s'organisent

Après guerre, l'augmentation du nombre de malades impose la réorganisation des services et la construction de deux nouveaux bâtiments, pour les accueillir. En 1923, les administrateurs de l'hôpital projettent la construction d'un ensemble de trois cliniques (médicale, chirurgicale, obstétricale) recevant à la fois des malades et des étudiants. Cinq ans plus tard, la commission administrative relance ce projet de trois pavillons de trente-deux lits pour chacune des trois spécialités concernées. Ce projet est confié à l'architecte Alfred Rome, architecte du sanatorium de La Tronche. Dans l'entre-deux-guerres, le modernisme affiché en 1913 lors de l'inauguration est déjà dépassé, et les capacités d'accueil de l'Hôpital sont insuffisantes. C'est pourquoi la surélévation d'un étage des pavillons Brenier et Canel est décidée en 1932, puis deux ans plus tard celle des pavillons Moidieu et Chissé. La clinique des Alpes est agrandie entre 1929 et 1931. En 1933, le pavillon Martin Sisteron, celui des enfants malades, le service des Entrées, le Groupe opératoire de Moidieu, les cuisines de l'Hôpital et les laboratoires sont également agrandis. L'hôpital n'échappe pas au contexte social des années 1930. La presse témoigne des

36

Salle de
mécanothérapie.
Hôpital civil
de Grenoble à
La Tronche.
Coll. MGSM.



Chambre de la
Clinique des Alpes.
Les Alpes
pittoresques,
n°301, septembre-
octobre 1913.

37

dysfonctionnements constatés et se fait l'écho des revendications sociales⁹ qui surgissent. La semaine de travail compte 45 heures et la vie du personnel hospitalier est strictement réglementée. Certains sont logés dans des dortoirs et doivent « *invariablement rentrer à 9 heures du soir* »¹⁰. Pour faire valoir leurs droits, des hommes et des femmes se syndicalisent. Ils dénoncent les mauvaises conditions de logements du personnel et la qualité de l'alimentation. En 1938, les bureaux de la commission des hôpitaux de La Tronche sont occupés par des membres de la CGT. Les griefs se portent contre le docteur Émile Hermite qui représente une administration jugée autoritaire. En 1936, une pétition est formulée par les malades et le personnel de l'Hôpital concernant l'organisation intérieure et l'utilisation du personnel. En effet, les soignants sont désormais chargés d'habiller les morts, une tâche autrefois confiée au personnel de la morgue. Le Dr Léon Martin se fera le porte-parole de ces critiques. À la veille de la seconde guerre mondiale, la situation financière de l'Hôpital de Grenoble est délicate, tout comme celle de l'ensemble des établissements de santé. Le prix de journée augmente et les effectifs du personnel diminuent (960 en 1937, 817 en 1939).

En 1939, le docteur Émile Hermite revendique la spécificité de l'Hôpital. Les médecins et les chirurgiens sont nommés sur concours. L'hôpital comprend deux services de médecine générale, deux de chirurgie générale et deux maternités, plusieurs sanatoriums, des secteurs gériatriques, un service de pédiatrie, d'épidémies, de laryngologie, d'ophtalmologie, de dermatologie et de stomatologie, ainsi qu'un important service de radiologie. Neuf de ces services de spécialités comportent chacun un service chirurgical et un médecin chef entouré d'une équipe.

L'hôpital sort de ses limites...

Édifiée le long de l'Isère à l'extérieur du site pavillonnaire, la clinique des Sablons voit finalement le jour en 1939. Ses trois pavillons, desservis par une galerie, sont constitués de volumes simples, cubiques, et font la part belle à l'usage du

9. Le Travailleur
alpin, 21 mars 1936,
28 mars 1936, 11
avril 1936.

10. L'ouvrier
sanitaire, 1924.

béton. Pendant la guerre, ces locaux sont temporairement occupés par la maison d'éducation de la Légion d'honneur, puis regroupent, la paix revenue, la chirurgie générale, la pédiatrie et l'urologie et l'ORL. L'école d'infirmière est installée dans son aile ouest à partir de 1946. Depuis 1951, l'ensemble de ces locaux est consacré à l'hospitalisation des enfants malades qui devrait prochainement être transférée dans le nouvel hôpital Couple-enfant. Décidée avant-guerre, la construction d'un pavillon de phisiologie (pavillon Calmette-Guérin) destiné à recevoir les femmes tuberculeuses n'aboutit qu'en 1957, trop tardivement pour répondre à des besoins sanitaires qui ne sont déjà plus les mêmes.

Plan des Hôpitaux civils de Grenoble à La Tronche, dressé par Alfred Rome, le 2 avril 1917.
Coll. Mgsm.

Ce plan préfigure l'organisation des différents sites hospitaliers (asile, sanatorium et hôpital civil) qui prévaut jusqu'en 1945.

38

Aujourd'hui, cet ensemble pavillonnaire, est difficilement lisible. Le pavillon Brenier et celui de la cuisine, (détruits en 2006), le pavillon Paul Gerin et le pavillon Canel (détruits en 2008) laissent progressivement place au projet de l'Hôpital couple-enfant. La destruction, ou la réaffectation, des pavillons pour de nouvelles activités contribuent à la disparition d'un patrimoine sanitaire récent mais largement inadapté, trop souvent obsolète, qui témoigne cependant des différents fonctionnements de l'hôpital depuis la fin du XIX^e siècle.

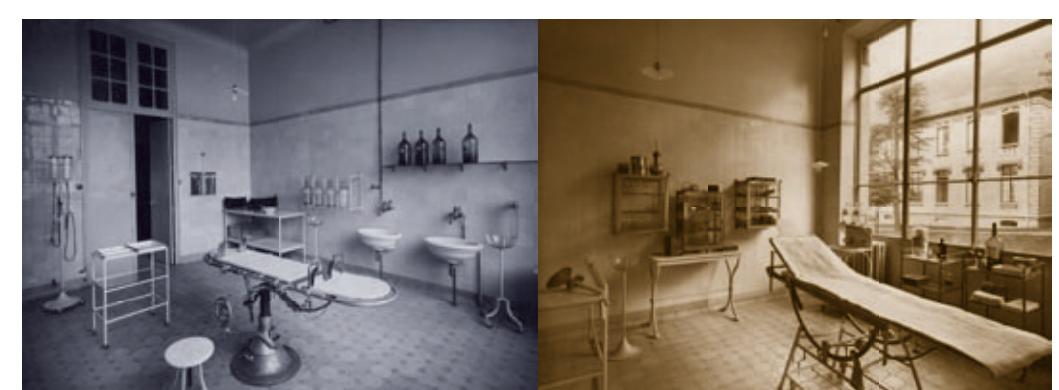
• Sylvie Bretagnon est responsable du musée grenoblois des Sciences médicales au CHU de Grenoble.



Clinique obstétricale devenue pavillon Paul Gerin. Carte postale. Coll. Mgsm.



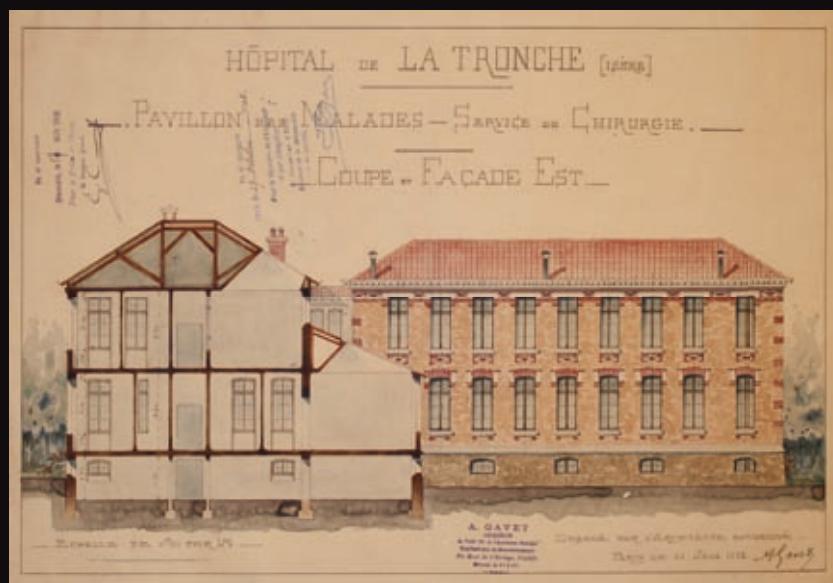
Salle d'accouchement, Hôpital civil de Grenoble à La Tronche, début du XX^e siècle. Coll. Mgsm.



Ci-dessous :
Salles d'opérations d'urologie (à gauche) et **d'ophtalmologie** (à droite). Hôpital civil de Grenoble à La Tronche, début du XX^e siècle. Coll. Mgsm.



Hôpital civil de Grenoble à La Tronche.
Plans dressés par Antoine Gavet, le 10 juin 1908, coll. Masm.
En haut : vue perspective. En bas : pavillon des malades, service de chirurgie, coupe et façade est.



Le musée grenoblois des Sciences médicales assure une mission de conservation et de valorisation du patrimoine hospitalier depuis 1992. Dans la continuité d'une action d'inventaire général des collections du musée entreprise en 2006, la campagne 2007 a plus particulièrement porté sur l'enregistrement des documents iconographiques. À ce titre, le musée s'est penché sur l'enregistrement de ses fonds de documents iconographiques : plans, coupes, élévations, perspectives et détails de nature et d'origines diverses, conservés dans les placards de l'ancienne chapelle de l'Asile des vieillards. En 2006, le musée a intégré à ses collections de nombreux plans et documents architecturaux, suite à la réorganisation du bureau de dessin du CHU.

Plans et documents iconographiques conservés au musée grenoblois des Sciences médicales

XAVIER HIRON

41

L'inventaire d'une collection

Un premier travail de visualisation du contenu de ces fonds a fait apparaître que nous avions affaire à quelques pièces originales d'importance, tel le Sommier de l'Asile établi en 1894, sur commande de la direction des Hospices de Grenoble, pour marquer l'inauguration de ce nouveau complexe sur la commune de La Tronche. Mais il y avait surtout une quantité non négligeable de copies de documents datant des différentes étapes de la construction et des transformations de l'Asile des vieillards, ou concernant l'Hôpital civil de La Tronche. Cependant, cette dernière série, constituée de documents de travail dupliqués à partir de plans originaux dressés par l'architecte parisien Antoine Gavet¹, était très incomplète. Composée d'exemplaires destinés au chantier ou à la maintenance des bâtiments, postérieurement à la construction de l'Hôpital, ce fond lacunaire ne permettait ni de rendre compte des différentes phases d'élaboration du projet, ni de donner une lecture exhaustive de la réalisation du chantier. Aussi, le musée s'est-il tourné vers les Services techniques, bureau de dessin, du CHU de Grenoble, afin de déterminer si des séries plus complètes de doubles, voire des originaux, pouvaient être consultées.

Le hasard a voulu que, comme d'autres services de l'Hôpital, le bureau des dessins subisse à cette date un réaménagement spatial interne, qui donne lieu à un classement pour archivage des documents anciens qu'il détenait. C'était là l'opportunité de trouver une destination pour des classeurs qui n'avaient pas été ouverts depuis plusieurs décennies².

Description succincte des séries de documents conservés

Suite au regroupement de l'ensemble des documents graphiques, plusieurs séries — complètes ou non — ont pu être identifiées, puis classées par ordre chronologique, en vue de leur conservation au sein des collections du musée.

Ces séries concernent³ :

1. les documents anciens : depuis les plans généraux du XVIII^e siècle jusqu'à un relevé du tout début du XX^e siècle ;
2. les documents concernant l'Asile des vieillards et sa transformation en sanatorium : depuis le Sommier de Chatrousse et Ricoud, daté de 1894, aux plans d'Alfred Rome de 1958 ;
3. les documents concernant la construction de l'Hôpital civil de La Tronche : depuis les projets du concours d'architectes de 1908 jusqu'à un diplôme d'honneur de

1. Installé 31, quai de l'Horloge à Paris, cet architecte est cependant, comme nous le verrons plus loin, natif de l'Isère.

2. Nous remercions Khalid Lakdar, Claude Villard et Claire Béarnais pour l'accueil qu'ils ont réservé à notre projet et pour la mise à disposition de l'ensemble de la documentation constituée par les fonds anciens du Service des plans auprès du musée grenoblois des Sciences médicales.

3. Le lecteur trouvera en annexe la liste complète des séries, accompagnées d'un descriptif des principaux documents qu'elles contiennent.

l'exposition internationale de Lyon, 1914 ; cette série contient essentiellement les plans de construction livrés par le cabinet d'Antoine Gavet entre 1908 et 1913 ;

4. documents concernant les aménagements et extensions de l'Hôpital civil de La Tronche : depuis le projet de 1923 de la construction d'une clinique aux Sablons par Alfred Rome jusqu'aux plans de réseaux datant de 1940 ;

5. documents concernant les dépendances de l'Hôpital et divers : incluant des plans du Sanatorium du Rhône et des copies de relevés récents de l'Hôpital Michallon ;

soit un total de 527 documents, répartis sur plus de trois siècles d'histoire hospitalière de Grenoble, mais dont près des 9/10^e concernent plus spécifiquement la période d'édification de l'Hôpital civil de Grenoble sur le site de La Tronche.

Considérations générales sur la valeur informative des séries conservées :

l'exemple de la construction de l'Hôpital civil de La Tronche par Antoine Gavet

Parmi ces 527 documents, la série la plus complète concerne sans conteste la construction de l'Hôpital civil de La Tronche par Antoine Gavet, d'avril 1909 à juin 1913. Elle compte 226 plans effectifs. Chaque document est daté, numéroté et signé par tampons, ce qui permet une interprétation chronologique des phases de la construction elle-même. Cependant, on peut y ajouter, pour une meilleure lecture d'ensemble, les documents de l'avant-projet détaillé (APD), ainsi que les rares documents qui subsistent du concours d'architectes datant d'avril 1908. Ainsi, plusieurs éléments peuvent être mis en avant, et plusieurs questions être posées.

Du projet initial d'Antoine Gavet, seule subsiste, dans les collections du musée grenoblois des Sciences médicales, la perspective d'ensemble aquarellée. Si l'on se réfère à la revue *Les Alpes pittoresques* d'avril 1908, qui présente les résultats du concours d'architectes, il s'agit bien du projet initial puisque la chapelle figure encore au centre des bâtiments (reproche qui a été fait à Antoine Gavet, et qu'il a ensuite corrigé dans son projet définitif). À l'examen des documents, une question de principe se pose d'emblée sur les conditions du concours : en effet, les architectes grenoblois Marius Ricoud et Joseph Chatrousse sont, depuis le courant des années 1880, les architectes du département de l'Isère et des Hospices civils de Grenoble. À ce titre, ils viennent de construire, entre 1891 et 1894, le complexe de l'Asile des vieillards de La Tronche, premier geste du transfert de l'Hôpital intramuros vers le site des bords de l'Isère. Or, plusieurs plans contresignés par Joseph Chatrousse jusqu'en septembre 1913 (en particulier les plans du cabinet d'étude Compressol pour le calcul de la résistance des bétons) prouvent que son cabinet (M. Ricoud étant décédé en 1903) a été activement impliqué dans la construction de l'Hôpital de La Tronche. En consultant les registres de la Commission administrative de l'Hôpital de Grenoble, on apprend que Joseph Chatrousse était en charge du suivi de la construction du nouvel Hôpital et de la liquidation des travaux jusqu'à sa mort, survenue le 30 mars 1914 et que ses chefs de travaux sont nommés responsables transitoires de ces charges, — ils s'en acquitteront jusqu'à la nomination de l'architecte Alfred Rome, le 1^{er} juin 1914⁴.

Il n'a pas été possible, jusqu'à présent, d'avoir accès aux informations concernant le déroulement du concours d'architectes : mais nous savons, par le numéro des *Alpes pittoresques* déjà cité, que les trois lauréats retenus ont été MM. Antoine Gavet, Léon Picart (dit Harvey-Picart) et Louis Masson. Parmi les vingt-cinq architectes français

ayant soumissionné à l'appel du concours, un seul candidat écarté, Alexandre Maistrasse, nous est connu par une copie photographique de son projet initial⁵.

Était-il dans l'ordre des choses que Joseph Chatrousse ne se soit pas présenté au concours en son nom propre ? L'âge avancé de Joseph Chatrousse lors de la déclaration du concours, au début de l'année 1908⁶, ne l'a pourtant pas empêché d'assumer jusqu'à sa mort, c'est-à-dire neuf mois après l'inauguration officielle du nouvel Hôpital, les fonctions d'architecte d'opération de la construction. On peut envisager que Joseph Chatrousse fût d'avantage un homme de terrain et que son cabinet n'était pas en mesure de produire les presque 400 documents qui ont censément été émis par le cabinet d'Antoine Gavet, de quatorze ans son cadet, entre avril 1909 et avril 1913. Par ailleurs, Antoine Gavet, architecte-inspecteur des Hôpitaux de l'Assistance publique de la Seine (c'est-à-dire Paris), s'est fait une spécialité du domaine hospitalier et connaît particulièrement bien les moyens techniques modernes que ces institutions, à l'époque, requièrent.

À quel moment la collaboration entre les architectes Antoine Gavet et Joseph Chatrousse a-t-elle commencé à être effective ? Par les registres de la Commission administrative de l'Hôpital-Hospice, on apprend que Joseph Chatrousse a été consulté par cette dernière lors du concours, jugé sous le couvert de l'anonymat. De surcroît, l'ensemble des médecins chefs consultés est d'accord avec la Commission administrative et avec l'architecte de l'Hôpital-Hospices pour reconnaître la qualité supérieure des projets présentés par Antoine Gavet. On peut seulement se borner à constater que, dans le projet d'Antoine Gavet⁷, établi sur un modèle architectural déjà dépassé pour ce début de siècle, il existe quelques vagues similitudes de traitement, dans l'emploi de la brique par exemple, avec les réalisations offertes par le cabinet Chatrousse et Ricoud pour la construction de l'Asile des vieillards de La Tronche. Au minimum, une certaine notion d'unité architecturale de l'ensemble du domaine hospitalier de La Tronche a pu ne pas être indifférente aux membres du jury de ce concours national.

Pour ce qui concerne les phases de la construction elle-même, l'étude des documents met en évidence la chronologie suivante :

- en avril et mai 1909, Antoine Gavet émet les premiers plans et élévations des bâtiments K, L, I (désinfection, laboratoire et pharmacie), c'est-à-dire ceux qui se situent à l'arrière de l'ancienne propriété Teisseire (si l'on excepte les trois bâtiments légers qui seront implantés, en fin de chantier, en bordure de la propriété) ; si le bâtiment L, relativement simple de conception, semble être fini en juin 1910, soit un peu plus d'un an après le début des travaux, les deux bâtiments K et I, assez modestes de taille mais de conception plus soignée, génèrent des plans jusqu'en avril et juin 1912 ;
- dès le mois de mai, mais surtout en juillet 1909, est lancée la phase de construction des quatre grands bâtiments centraux de l'Hôpital, les pavillons de médecine et de chirurgie D, E, G, H ; ils seront terminés peu après avril 1912 ;
- durant l'été 1909 surgissent les premières difficultés ; le programme devait en effet, et selon toute vraisemblance, se poursuivre par l'édification des trois bâtiments de la partie ouest du domaine, soit le long du chemin de halage, sur la partie de terrain la plus fortement en pente, et qui nécessitera d'être consolidée par un mur massif (l'étude sera lancée le 2 septembre 1909) ; mais par ailleurs, le pavillon O

4. Séance du 29 mai 1914 : «La Commission administrative (…), considérant que M. Rome, architecte à Grenoble, a acquis le cabinet de M. Chatrousse, qu'il possède par conséquent, dans ses archives, les plans et documents intéressant les bâtiments hospitaliers (...), décide de nommer Architecte des Hospices M. Rome, né à Voreppe, le 23 avril 1869, domicilié à Grenoble, rue Lesdiguières n°7, aux conditions de la délibération du 8 mars 1887. M. Rome entrera en fonctions le 1^{er} juin 1914.»

5. Son projet fut par ailleurs présenté aux salons d'architecture de 1908, et à ce titre publié dans la revue *L'Architecte* (revue des Écoles d'architecture) de cette même année.

6. En 1908, il est âgé de 71 ans.

7. La revue *Les Alpes pittoresques* d'avril 1908 note, non sans un certain chauvinisme : «M. Gavet — architecte à Paris — est un de nos compatriotes ; il est né à Alemont, et son père (...) était d'Heyrieux (...).»

(maternité des femmes mariées), qui est le plus en bordure du chemin, requiert dès le 25 juin 1909 une étude complémentaire des contraintes des bétons de ses fondations, étude qui sera poursuivie par un calcul spécifique sur les fondations de tous les bâtiments restant à construire par le cabinet d'étude Compressol, jusqu'à septembre 1910 ;

- il est possible qu'à cette date, c'est-à-dire vers la fin de l'été 1909, et compte tenu des imprévus précédemment cités, l'architecte Antoine Gavet ait décidé d'entamer (peut-être prématûrement ?) la construction des pavillons B et C (soit les cliniques payantes) situés au sud, en vis-à-vis des bâtiments D et E ; la construction du pavillon A (administration) qui est le geste architectural qui marque l'entrée de l'Hôpital, est elle aussi entamée (soubassements) ; mais sa construction sera momentanément interrompue après décembre 1909, pour n'être reprise qu'après janvier 1911 ;

- fin septembre 1909 néanmoins, c'est-à-dire toujours à un rythme soutenu, Antoine Gavet émet les plans et élévations des deux pavillons M et N (enfants sains et enfants malades), qui se trouvent à l'arrière-plan du bâtiment problématique (le pavillon O) ; de tailles moyennes, ils seront terminés dans la première moitié de l'année 1911 ;

- en septembre et octobre 1909 sont émis les premiers plans et élévations des bâtiments R, S et T (hydrothérapie, maternité des filles-mères, internat), qui occupent le triangle oriental de la propriété ; leur édification sur terrain plat ne semble pas poser de problème particulier, puisqu'ils seront finis dans le courant de l'année 1911 ;

- le premier plan détaillé de la chapelle, bâtiment de conception par nature particulière, date de décembre 1909 ; mais deux plans rayés avec la mention «*nul*» semblent indiquer aussi des difficultés initiales, ce que confirme la date de reprise tardive de la production des documents concernant ce bâtiment, soit en janvier 1911 ;

- ce n'est qu'après juillet 1910, après l'édification du mur de soutènement le long du chemin de halage (qui par ailleurs protégera l'Hôpital des crues de l'Isère — dont la première survient le 7 décembre 1913, soit trois mois seulement après l'inauguration officielle du complexe) que reprendra la construction du bâtiment de la maternité des femmes mariées (pavillon O) ;

- janvier 1911, début de la conception du petit abri des voitures, à l'extrémité nord de la propriété ;

- l'année 1912 marque le début des travaux des derniers bâtiments annexes : pavillons X — des internés — et Y — des jardiniers — situés en bordure du chemin oriental jouxtant l'Hôpital civil, et le séparant de l'enceinte de l'Hôpital militaire ; suit la fin de l'édification du mur de clôture, le long de la route nationale ;

- l'inauguration de l'Hôpital, par le président du Sénat, Antonin Dubost, le 14 septembre 1913 (soit l'année précédant le déclenchement du premier conflit mondial) marque la fin officielle des travaux de l'Hôpital civil de la Tronche.

Note sur l'état d'altération des documents et sur le programme de conservation préventive

La grande majorité des documents considérés dans cet article sont des copies de chantiers. Aussi, ils sont souvent de qualité médiocre, soit du fait de la reproduction (cas le moins fréquent), soit du fait de la qualité du papier utilisé (cas presque systématique). Bien que peu exposés à la lumière depuis leur utilisation initiale, ils sont le plus souvent jaunis et, du fait de la taille conséquente des documents⁸, montrent une nette tendance au déchirement. Leur manipulation en est donc rendue

délicate. Cependant, bien qu'une partie de ces plans ait été regroupée dans des classeurs format raisin ou grand aigle, il a paru opportun, pour appréhender leur classement, de désassembler les liasses constituées. Cette décision a été facilitée par le fait que la plupart des classeurs étaient, eux aussi, suite à de nombreuses manipulations, dans un état calamiteux. Grâce à cela, il a été possible de mieux réaliser le dépoussiérage des documents pris un à un.

Par la suite, après avoir opéré une identification de chaque pièce présente et procédé à un reclassement approprié, le musée a pu, grâce à un nouveau geste de générosité du bureau des dessins, disposer d'un meuble à plans approprié à leur stockage. Une description informatisée sur un tableur de type Excel a finalement clôturé l'opération d'inventaire de cette partie des collections du musée grenoblois des Sciences médicales. Bien entendu, le musée reste vigilant quant à la conservation de ces documents éminemment fragiles. Leur intérêt particulier nécessite de pouvoir montrer quelques exemplaires dans le cadre de l'exposition sur l'Histoire architecturale de l'Hôpital civil de La Tronche. Pour leur présentation, les exemplaires choisis — parmi les plus représentatifs, donc souvent de bonne qualité — ont été soigneusement encadrés. Les autres documents restent consultables au musée, sur demande, et dans le cadre d'une manipulation adaptée à leur état de conservation.

- Xavier Hiron est chargé de l'inventaire des collections au musée grenoblois des Sciences médicales.

Les trois sites hospitaliers de La Tronche en 1911 :

 l'Asile des vieillards (1894),
 l'Hôpital militaire (1910) et
 l'Hôpital civil en construction.
 Cliché Poulet.
 Coll. MGSMS.

Descriptifs des séries et des principaux documents qu'elles contiennent

1. Les documents anciens :

- plan général des bâtiments et emplacements dépendants de l'Hôpital général de Grenoble, copie, 2^e moitié du XVIII^e siècle — D.i.1993.5.008

Annexe

- parcellaire de la ville et arrondissement de Grenoble sud, ingénieur Duboys, 1808 (accompagné de levées antérieures) — D.i.2007-8-007, indices a à p
- plan général des Hospices de Grenoble et projet d'agrandissement, rez-de-chaussée. E. Peronnet, 1876 et H. Riondel, 1878 — D.i.1993.5.002, et 3 photographies anciennes, dont l'une représente la façade sud du projet H. Riondel pour l'agrandissement de l'Hôpital civil — i.2007-13-001 à 003
- diplôme de médaille de bronze attribué à la Commission administrative des Hôpitaux de Grenoble, exposition universelle, Paris, 1889 - D.i.1993.5.003
- plan des Hospices de Grenoble en vue de leur transformation sur place, J. Chatrousse et M. Ricoud, 1889 — i.2007-13-010, indices a à k
- plans d'expropriation, en vue de la transformation des Hospices, des propriétés : héritiers H. David, J. Bonnet, Mme Delattre, P. Bonnet et veuve Vagnat, Hospices de Grenoble, J. Chatrousse et M. Ricoud, 1891 — i.2007-13-011 à 016 (plusieurs indices pour chaque plan)
- plan partiel du 1^{er} étage de l'ancien Hôpital général avec adductions d'eau, J. Chatrousse, 1904 — i.2007-13-008, indice aa

2. Les documents concernant l'Asile des vieillards et sa transformation en sanatorium :

- Sommier de l'asile des vieillards, J. Chatrousse et M. Ricoud, 1894 — D.i.2007-8-006, indices a à l (mais 4

planches manquantes)

- diplôme de médaille d'or attribuée aux Hospices civils de Grenoble, exposition universelle et coloniale, Lyon, 1894 — D.i.1993.5.007
- Sommier des propriétés rurales des Hospices civils de Grenoble, J. Chatrousse et M. Ricoud, 1895 — D.i.2007-8-005, indices a à v (mais 1 document manquant)
- plan de projet d'installation dans les combles, Hospices civils de Grenoble, les architectes des Hospices (lire J. Chatrousse et M. Ricoud ?), 1896 — D.i.2007-8-006, indice m (hors Sommier)
- plans et élévations pour un pavillon des tuberculeux, J. Chatrousse, non daté (entre 1903 et 1913 ?) — i.2007-13-008, indices y et z
- lot de 5 copies récentes de plans de construction du sanatorium C, Asile de vieillards de La Tronche, approuvés en 1917 et 1922 — i.2007-8-017, indices a à e
- classeur contenant 19 plans du projet de transformation de l'asile en sanatorium, 3 documents originaux non datés et 4 duplicitas, J. Chatrousse (avant 1913), repris par A. Rome, 1917-1923 — i.2007-13-008, indices a à x
- lot de 2 plans techniques de l'asile de vieillards de La Tronche (eau, souterrains), A. Rome, 1958 (?) — i.2007-8-016, indices a et b

3. Les documents concernant la construction de l'Hôpital civil de La Tronche :

- photographie du plan d'ensemble du projet pour l'Hôpital civil de La Tronche par A. Maistrasse, 1908 — D.i.2007-8-001, indice m
- vue perspective de l'Hôpital de La Tronche (projet initial), non signé (cabinet d'architecte A. Gavet), 1908 ? — D.i.1993.5.001
- dossier de plans modifiés pour l'Hôpital civil de Grenoble, L. Masson, non

datés, signés (projet 1908 ?) — i.2007-8-012, indices a à g

- 42 plans et élévations du projet détaillé initial et modifié pour l'Hôpital civil de La Tronche (dossier de présentation original et copies), A. Gavet, Paris, 1908-1909 — i. 2007-13-004, indices a à z et D.i.2007-8-001, indices a à l et n à q
- 63 plans de construction du nouvel hôpital, cartons n° 1 et 2, A. Gavet, Paris, 1909-1913 (chaque plan porte un indice d'émission imprimé au tampon ; la plupart sont datés et/ou signés de manière manuscrite ou au tampon) — D.i.1993-5-024, indices a à bh et D.i.1993-5-025, indices a à bk
- 2 classeurs contenant 118 plans techniques des pavillons A à H (i.2007-8-003, indices a à bj) et F à Y (i.2007-8-011, indices a à cd) de l'Hôpital de La Tronche, A. Gavet, Paris, 1909-1913
- dossier de plans, détails et profils divers (dont études Compressol⁹), Hospices civils de Grenoble, pavillons A, B, C, N et O, et mur de soutènement, A. Gavet, 1910 à 1913, — i.2007-8-010, indices a à ap et i.2007-8-009, indices a à ah
- lot de plans techniques (complémentaires ?) des bétons armés de l'Hôpital civil de La Tronche, A. Gavet, 1909 et 1910 — i.2007-8-013, indices a à e
- diplôme d'honneur attribué aux Hospices civils de Grenoble, exposition internationale de Lyon, 1914 — D.i.1993.5.006

4. Les documents concernant les aménagements et extensions de l'Hôpital civil de La Tronche :

- lot de 10 plans de projets de construction d'une clinique aux Sablons et d'un pavillon des spécialités à La Tronche, A. Rome, 1923 — i.2007-13-005, indices a à j
- diplôme attribué aux hospices civils de Grenoble, centenaire de Pasteur, Strasbourg 1923 — D.i.1993.5.004
- classeur contenant des plans des réseaux de l'Hôpital civil de La Tronche

et 1 plan général incluant l'Asile et le sanatorium, A. Rome, années 1930 — i. 2007-13-006, indices a à f et i. 2007-13-007, indices a à h

- classeur de 43 plans d'extension des services hospitaliers de la Tronche et 1 plan du sanatorium, A. Rome, années 1926-1932 — i. 2007-13-009, indices a à an

- plan d'ensemble des réseaux souterrains haute et basse tension de l'Hôpital civil (sur un plan contre les bombes (?)), A. Rome, 1940 — i.2007-8-015
- photographie aérienne N & B de l'hôpital et de l'asile, année 1957 (?) — i.1997.1.115

5. Les documents concernant les dépendances de l'Hôpital et divers :

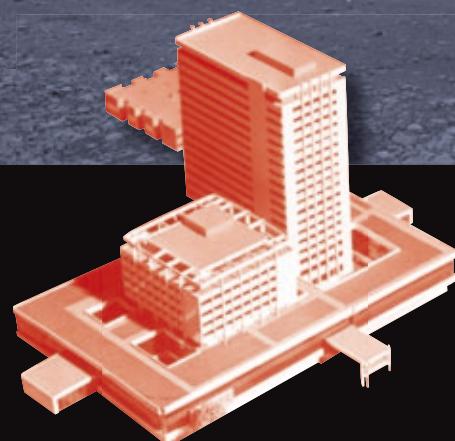
- lot de 8 plans des sanatoriums du Rhône, R. Fournel et L. Sainsaulieu, 1938 — i.2004-2-010, indices a à h
- lot de 4 planches d'extraits cadastraux et situations viticoles des propriétés de l'Hôpital, divers Services cadastraux, années 1954 à 1959 — i.2007-8-018, indices a à d
- lot de relevés cadastraux de la propriété de La Bâtie à Saint-Ismier, années 1946 à 1970 — i.2007-8-019, indices a à g

- lot de 22 plans de la propriété de La Bâtie à Saint-Ismier — i.2007-8-020, indices a à v
- plan directeur du Centre hospitalier régional de Grenoble, L. Lacroix, 1959 — i.2007-13-017

- photographies de la salle de consultation du pavillon Brenier, du laboratoire d'hématologie, de la cour intérieure de l'Hôpital civil de La Tronche, année 1962-63 — i.1997.1.113, 114 et 116

- plan (partiel) d'inventaire du pavillon Brenier, Hôpital civil de La Tronche, 1979 — i.2007-8-014
- lot de 2 plans partiels de l'Hôpital Michallon, état de construction (1971) et relevés en 2003 et 2007 — i.2007-13-018, indices a et b.

⁹. Certains contresignés par J. Chatrousse.



Hôpital Sud à Échirolles : la tour de dix-huit étages ne sera pas réalisée. Maquette, 1968.

Construction de l'hôpital des Sablons : visite de chantier et héliportage de matériaux, 1971. Clichés DL.

En 1913, au moment du transfert de l'hôpital du centre-ville vers la commune de La Tronche, la ville de Grenoble compte 77 000 habitants. Début 1968, elle regroupera 170 000 âmes au sein d'une agglomération en pleine croissance de 400 000 personnes. Les pavillons d'hospitalisation ont été surélevés, on a construit des préfabriqués mais une nouvelle fois dans sa longue histoire, l'hôpital se révèle inapte, avec ses bâtiments et ses équipements, à faire face aux besoins sanitaires de sa population.

Dès 1960, le commissariat au plan estime « qu'un établissement de 700 à 800 lits doit être réalisé à Grenoble avant 1968 ». En dix ans, l'établissement a augmenté ses lits de 26 %, ses journées d'hospitalisation de plus de 38 % ce qui représente 60 % d'entrants supplémentaires. La formule de l'hôpital pavillonnaire a vécu dans l'esprit des architectes du ministère, en particulier de M. Picquemard, venu en mission sur place, qui précise : « *l'aménagement de petites chambres de 1 à 6 lits devra remplacer les grandes salles de malades. Pour des raisons d'aménagement et de pratique, l'hôpital de Grenoble devrait envisager la construction d'un véritable building groupant harmonieusement plusieurs services* ».

Trois événements modifient profondément le paysage de l'hôpital de Grenoble dans la période 1960-1975 :

- la transformation de l'École de plein exercice de la médecine en Faculté de médecine à part entière, entre 1959 et 1962 ;
- l'obtention en 1964 de l'organisation des Jeux olympiques pour 1968 ;
- la construction de l'hôpital des Sablons de 1970 à la fin de 1974.

L'ensemble des modifications architecturales que connaîtra l'Hôpital de Grenoble de 1975 à 2000 se rattache à ces trois faits marquants.

Grenoble, Faculté de médecine à part entière

Confinée de 1876 à 1894 dans le petit bâtiment de la conciergerie de l'hôpital du centre-ville, l'École préparatoire de médecine s'est installée à cette date grâce au docteur Jules Girard, membre du Conseil municipal de Grenoble, à l'angle de la rue Lesdiguières et de l'actuel boulevard Agutte-Semba. Son directeur, le docteur Arthur Bordier, donne une dimension scientifique à son école en introduisant dans le cycle des études médicales des disciplines comme la physique, la chimie et la biologie, et sa modeste université médicale grandit et manque de place dans ses locaux au moment où éclate la seconde guerre mondiale : des antennes ou verrues naissent au contact des pavillons hospitaliers de La Tronche.

L'histoire de l'Université de médecine de Grenoble est riche pendant et dès la fin du conflit. Elle appartient aux universitaires et a été décrite par l'ouvrage documenté de Paul Dreyfus¹. En liaison avec l'évolution architecturale du site, il convient cependant de mentionner rapidement l'arrêté du 10 mai 1954 qui transforme l'École préparatoire de médecine en École de plein exercice. La direction en est confiée au professeur Albert Bonniot, chirurgien des hôpitaux qui, soutenu par un corps professoral de formation lyonnaise et parisienne et par le



Faculté de médecine de Grenoble, créée en 1962. Le bâtiment est inauguré en 1967. Cliché R. Sarrazin

¹ Paul Dreyfus, *La Faculté de médecine de Grenoble*, 1990.

1950-2000 : investissements immobiliers, nouveaux enjeux

LUC BOURNOT

maire Léon Martin, va obtenir la rénovation complète de l'école, la création d'une riche bibliothèque et des aménagements universitaires, comme des amphithéâtres et des laboratoires à La Tronche, qui prépareront l'avenir et faciliteront la mission du professeur Jean Roget qui lui succédera.

À sa nomination en 1959, il se fixe comme mission transformer l'École de plein exercice en Faculté à part entière. Des chicaneries, voire des bassesses, aujourd'hui presque oubliées, entre les corps médicaux de Lyon et de Grenoble, vont accélérer le cours des événements. En juillet 1962, pour ces motifs, le doyen Jean Roget démissionne, le préfet alerte le ministre de l'Éducation. Le doyen est reçu dans les quarante-huit heures à Paris. Grâce à son ami et collègue pédiatre, le professeur Robert Debré, directeur général de la Santé, et grâce à Pierre Sudreau, ministre de l'Éducation, Grenoble sera Faculté de médecine avant la session d'octobre. Le terrain du domaine de La Merci est offert sans délai par le Conseil général, les plans sont déposés en mars 1964, la construction du bâtiment (aujourd'hui du nom du doyen) inscrite *in extremis* au IV^e Plan. La première pierre est posée le 15 janvier 1965 par Christian Fouchet, devenu ministre de l'Éducation, et la construction est livrée aux étudiants en 1967. En janvier 1967, on constate que, depuis l'ordonnance de 1958, le ministre a créé 14 nouveaux services dont 5 laboratoires au profit de Grenoble, l'hôpital a reçu 70 médecins nouveaux sans compter les praticiens attachés ou à temps partiel, qui, pour certains d'entre eux, opteront plus tard pour le temps plein. Pendant les trente ans qui suivent, le CHRU (Centre hospitalier régional et universitaire de Grenoble) va connaître plus d'évolutions qu'au cours des deux siècles précédents.

50



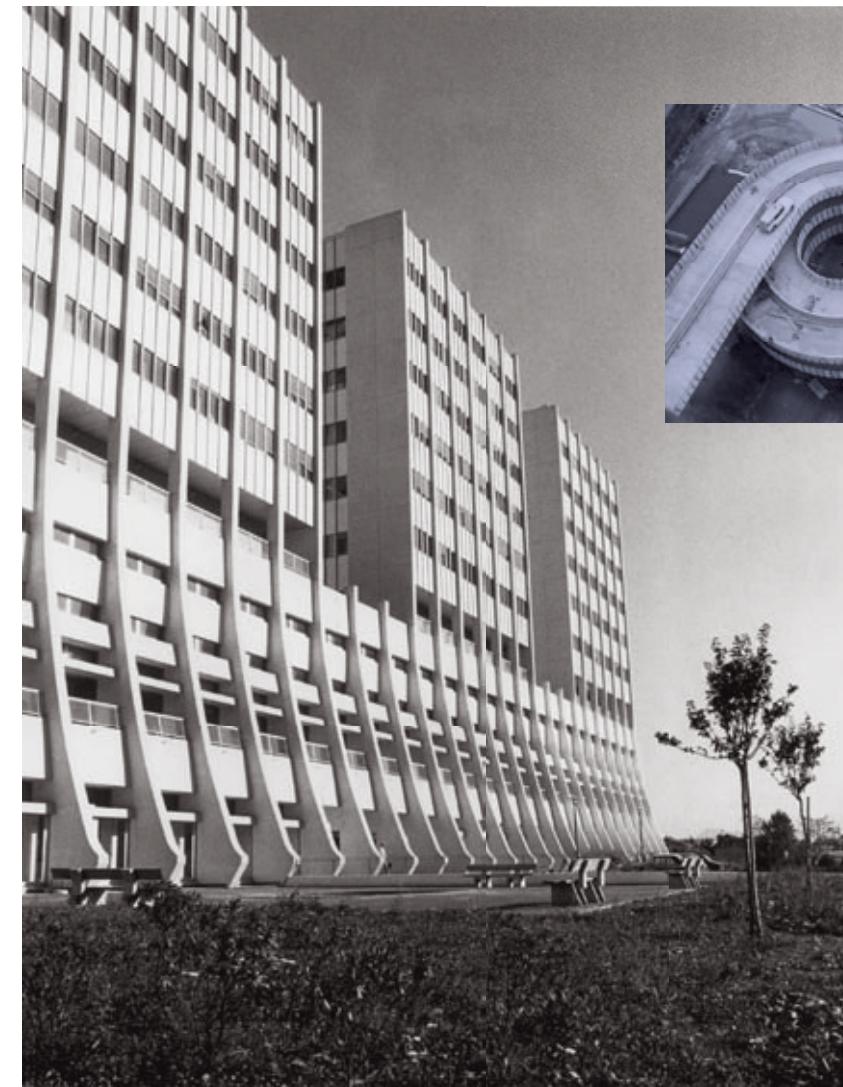
Henry Bernard, architecte (1912-1994)
Urbaniste chargé du plan directeur du groupement d'urbanisme de Grenoble (1963-66), il intègre ensuite l'Atelier parisien d'urbanisme (APUR). Il participe à la reconstruction de Caen après la seconde guerre mondiale, réalise la Maison de la radio à Paris, les centres hospitaliers universitaires de Tours et de Grenoble, et le palais de l'Europe à Strasbourg. Cliché publié dans *Formes et structures*, n°4, 1994.

L'Hôpital des Sablons, un projet présenté en 1964 et réalisé en 1970

En mai 1962, le ministère approuve un programme d'établissement de 2 414 lits à Grenoble ; quatre ans plus tard, la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales donnera un avis favorable pour 3 264 lits... Des décisions s'imposent. Le 3 avril 1964, Henry Bernard, architecte en chef, grand prix de Rome, membre de l'Institut, présente devant la Commission administrative (conseil d'administration), le bâtiment qu'il a conçu : « *C'est un hôpital épais, vertical, de 1505 lits en 17 services intégrés dans une tour de 85 mètres de haut. Son gros avantage est le peu d'occupation au sol et des liaisons verticales rapides (21 ascenseurs) ; la façade n'a pas moins de 30 mètres de longueur. Au sommet de la tour se trouvent un club de médecins et une unité de météorologie.* »

Le directeur de l'hôpital et une délégation de la Commission administrative font un voyage d'études aux États-Unis du 8 au 30 octobre 1966 pour visiter les récents grands hôpitaux américains universitaires (hôpitaux-tours). En avril 1967, l'avant-projet d'hôpital des Sablons reçoit un accord de principe du ministère et on peut espérer un lancement des adjudications pour le 1^{er} trimestre 1968 et un début des travaux dans l'été 1968. Il sera finalement construit un établissement monobloc de 14 étages utiles à l'hospitalisation dont la réalisation est confiée aux architectes Henry Bernard, Louis Lacroix et leurs associés.

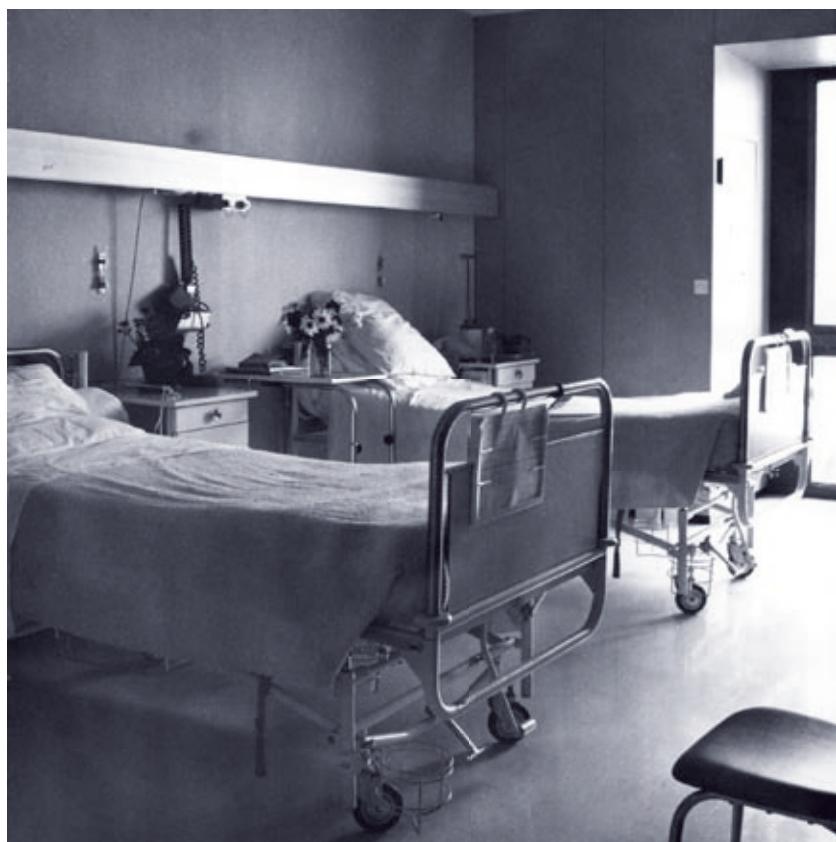
Il existe, tout près de l'hôpital de La Tronche et du domaine de La Merci, des terrains de sport et des pâturages où paissent les troupeaux. Dès le 8 juillet 1955, la Commission administrative avait accepté l'échange d'une partie du domaine



Hôpital de Sablons :
première tranche de 9 niveaux, achevée en 1972. La seconde tranche de 15 niveaux sera fonctionnelle en 1974. Coll. MGS. Construite en 1972, la piste en colimaçon devait permettre aux ambulances d'accéder aux urgences. Inadapte, elle est détruite en 2007. Cliché DL.

51

Les chambres individuelles et à deux lits se généralisent et permettent une meilleure prise en charge des patients. Elles furent parfois critiquées car les patients se plaignaient de leur isolement.
Coll. MGS.



De graves difficultés vont surgir au cours de la construction car le versement des diverses participations n'est pas toujours intervenu au moment attendu et nécessaire du déroulement des travaux. En 1973-1974, la trésorerie du CHR est exsangue face à l'obligation d'avancer 20 millions de francs pour garantir la continuité du chantier. Au cours du premier trimestre 1976, après avoir retardé l'aménagement de plusieurs services dans la deuxième tranche, la Commission administrative sollicite auprès de la tutelle l'intégration de 453 emplois nouveaux, le budget a augmenté entre 1971 et 1972 de 17,5 %, et de 24,79 % entre 1972 et 1973. Sont en particulier en cause, des dépenses imprévues : fondations spéciales, détections incendie dans un immeuble de grande hauteur, prévention des risques parasismiques, transformation, à la demande des responsables médicaux, de services prévus à l'origine de 90 lits en 60 lits et les conséquences qui en ont résulté pour le personnel. La croissance annuelle des effectifs entre 1968 et 1978 a été voisine de 7 %, avec un pic à l'ouverture de l'hôpital des Sablons. En plus des 700 postes prévus en 1973-1974 pour la mise en service complète de la deuxième tranche, il faudra encore trouver, en 1976, 200 agents environ dans ce but. 2039 recrutements ont été effectués pour l'hôpital des Sablons... dont l'usage n'a pas été, à ce jour, autorisé par les préventionnistes.

En 1980 la Commission administrative (conseil d'administration) décide de différer le règlement des cotisations patronales à la Caisse de retraite (CNRACL) et des taxes sur les salaires. La dette au Trésor et à la CNRACL atteint 160 millions de francs.

Une période difficile commence pour les investissements du CHU, qui calme les ardeurs et volontés du bâtisseur. La progressive disparition de l'aide municipale, la diminution de l'aide de la sécurité sociale aux investissements, son adhésion à partir de 1983 à la politique du budget global, la présence plus nombreuse des représentants de l'assurance-maladie dans les instances ayant la responsabilité de l'élaboration de la carte sanitaire vont participer dans la résignation à une relative maîtrise des dépenses de santé : la règle affichée est que les dépenses hospitalières n'évoluent pas plus vite que le produit national brut. De 1975 à environ 2000, les administrateurs vont voter sans enthousiasme des budgets contraints. Pour ne rien arranger, l'établissement s'est engagé par contrat avec la CRAM à fermer la Clinique des Alpes, clinique ouverte du CHU au début 1977. Elle deviendra le Centre régional d'informatique hospitalière et l'établissement perdra, en une année, 30 % des ressources que lui apportait cette structure, probablement au profit des cliniques de l'agglomération grenobloise.

Bien plus, une inspection générale a conclu : « *Le diagnostic est que la situation financière de l'établissement se dégrade et qu'elle est susceptible de s'aggraver encore, s'il perd progressivement une capacité suffisante d'investir. Un plan directeur doit rapidement définir une politique concernée et cohérente pour le CHU.* »

Le Conseil d'administration en convient : « *il ne faut plus traiter les problèmes comme autant de morceaux séparés d'un puzzle. Il faut une vision d'ensemble de l'avenir.* » En décembre 1975, à l'occasion de la visite de Madame Simone Veil, ministre de la Santé, le directeur général s'efforce de hiérarchiser les réalisations et restructurations architecturales prioritaires, annonçant ainsi les axes de développement repris dans le Plan directeur de la fin des années 1980 :

- hôpital pédiatrique regroupant les services de pédiatrie (médecine infantile et clinique médicale infantile) avec l'accueil médico-chirurgical des urgences, urgences psychiatriques infantiles, radiologie pédiatrique, chirurgie pédiatrique, réanimation infantile. Cette structure serait en liaison avec le plateau technique des Sablons grâce à la galerie souterraine ;
- Hôpital Sud 2000 avec l'hôpital du couple et de la périnatalité. Regroupement de l'ensemble de la gynécologie-obstétrique. Un hôpital du sportif (traumatologie, médecine du sport, rééducation) et une structure de long séjour ;
- création d'un plateau technique d'imagerie au rez-de-chaussée haut de l'hôpital des Sablons avec externalisation du Centre médico-social de la femme, de la cafétéria-auberge de jour et (à regret) de la direction générale ;
- rénovation et regroupement des autres lits de long et moyen séjours ;
- regroupement de la psychiatrie à l'hôpital Nord, destruction du pavillon Martin-Sisteron (trop vétuste) ;
- rénovation et relocalisation du pavillon d'urgences SAMU - GMUR ;
- tour des laboratoires regroupant l'ensemble des laboratoires du CHU à l'exception de ceux d'explorations fonctionnelles ;
- regroupement des neurosciences autour du pavillon de Neurologie relié au plateau technique des Sablons par la galerie souterraine. Neurochirurgie, laboratoires d'explorations fonctionnelles du système nerveux, du sommeil, unités INSERM, IRM en projet ;
- regroupement des écoles hospitalières sur deux sites : Nord et Sud en des lieux uniques.

Pas tous, mais l'essentiel de ces projets architecturaux, éventuellement amendés, sera réalisé dans les trente ans, ce qui est un signe de l'opiniâtreté et de volonté des responsables hospitaliers et de la tutelle.

L'Hôpital Sud, 1968

Albert Michallon, maire de Grenoble, a ardemment voulu l'organisation des Jeux olympiques d'hiver de 1968. Il les obtient en 1964. Les études de construction de l'hôpital des Sablons ont commencé mais le projet est à la fois très complexe et trop peu avancé pour qu'une ouverture, même partielle, puisse être envisagée pour 1968. Ceci étant, des financements peuvent être obtenus pour la construction d'un nouvel hôpital, les pavillons de l'hôpital de La Tronche sont chroniquement encombrés. D'aucuns redoutent que, sans réalisation sanitaire complémentaire, la ville de Grenoble ne soit pas à même d'assumer le rôle et d'être conforme à l'image de dynamisme et d'innovation qu'elle a développée dans son dossier de candidature. Le sud de l'agglomération connaît une rapide expansion, les besoins sanitaires de la population y seront évidents, un pôle hospitalier d'équilibre face à l'hôpital des Sablons qui sera implanté au Sud semble judicieux. La Commission administrative prend sa décision : la première tranche d'un établissement sanitaire sera édifiée au sud de l'agglomération au contact des ZUP de Grenoble et d'Échirolles. Le temps presse : M. de Marliave accepte rapidement la cession du terrain d'emprise et en juin 1966 le projet élaboré par l'architecte P. Sicard (cabinet Sicard, Cognet, Ludmer) est déposé devant le cabinet de Jean-Marcel Jeanneney, ministre des Affaires sociales. Le coût du bâtiment est estimé à 28 millions de francs dont 40 % seront subventionnés par l'État et 48 % par un emprunt contracté auprès de la Caisse des dépôts et consignations, le reste pris en charge par différents prêts et fonds propres. Le chantier est ouvert en octobre 1966.

Initialement prévu d'une capacité de 580 lits, l'Hôpital Sud devait comprendre une tour de 18 niveaux, jamais réalisée. Il est inauguré le 6 janvier 1968, date d'ouverture des Jeux olympiques d'hiver par le général de Gaulle, et comporte en particulier 150 lits de traumatologie et tout l'environnement hôtelier et radiologique nécessaire.

À l'horizon 1975 est prévue la réalisation, en 2 tranches supplémentaires, de 357 à 432 lits. À l'ouverture de l'hôpital des Sablons un des deux services d'orthopédie/traumatologie rejoint l'hôpital Nord. En juillet 1976, s'installe à l'Hôpital Sud un service de gynécologie-obstétrique. À côté des 90 lits du service de l'orthopédie, on y trouve également 6 lits de rhumatologie, une polyclinique orientée essentiellement vers la cardiologie et un service d'ophtalmologie, un laboratoire de biochimie. 120 lits de psychiatrie fonctionnent dans une unité normalisée voisine du bâtiment principal. Pendant ensuite 20 ans, l'éventuelle deuxième tranche de l'hôpital Sud, un véritable « serpent de mer », va monopoliser les énergies des administrateurs, faire l'objet d'avant-projets variés au cours du temps et, en fait, perturber les choix de la politique d'investissement et de modernisation du CHU :

- En 1969, le principe du financement d'une 2^e tranche, soutenu par Jean-Marcel Jeanneney, bientôt élu local et ministre, semble acquis mais le doyen Cabanel et le maire de Grenoble Hubert Dubedout ne partagent pas cette option : «*il faut une unité de lien entre un hôpital des Sablons modernisé, les services médico-universitaires et la faculté de médecine*».



Inauguration de l'Hôpital Sud à Échirolles, le 6 janvier 1968, par Jean-Marcel Jeanneney, ministre des Affaires sociales, en présence de Pierre Mendès-France, député de l'Isère et de Georges Kioulou, maire d'Échirolles. Cliché Dl, coll. MGSMS.

- En 1982 est étudiée l'implantation d'une unité *kangourou* de 10 postes, orientée vers le nursing et la surveillance des enfants de petit poids prématurés ne relevant pas de la médecine néonatale de Nord, une unité de pédiatrie de 30 lits, le transfert de deux services de médecine de 60 lits chacun. Le projet n'aboutit pas.

- En novembre 1989, Maurice Colomb, professeur de biochimie à Sud, préside une commission spécifique qui aboutit au projet « Sud 2000 ». Le projet comporte deux principaux volets :

1. Le regroupement sur site de l'ensemble de l'activité de gynécologie-obstétrique avec une unité spécifique pour le nouveau-né en détresse, avant son transfert vers Nord. Le service de gynécologie-obstétrique Nord doit moderniser ses locaux même si depuis 1982 il a été transféré dans le pavillon Canel, longtemps prévu pour accueillir des lits de gériatrie.

2. La réalisation de l'hôpital de l'homme sain avec la désormais traditionnelle prise en charge du skieur et du sportif, la rééducation et la physiologie universitaires.

Le projet est soumis aux instances mais n'avance pas. Ce n'est que fin 1995 que la cause semble entendue pour cette structure Mère-enfant. L'avis ministériel estime «*dysfonctionnel l'éloignement de la pédiatrie et de la réanimation infantile, les cardiopathies de l'enfant, les déficits psychomoteurs, les anomalies intracrâniennes nécessitant un plateau technique lourd et l'intervention de spécialistes*» qu'il est difficile de dupliquer.

L'implantation de l'hôpital Mère-enfant à Sud est définitivement oubliée, lorsqu'en juin 2003 est prise la décision de fermeture du service de gynécologie-obstétrique à Sud et son transfert à Nord. En revanche, le versant homme sain sera maintenu avec quelques années plus tard le déménagement de la rhumatologie, le développement de la médecine du sport, l'unité de lutte contre le dopage, la physiologie et le transfert des structures repensées de rééducation et réadaptation du Centre médico-chirurgical des Petites Roches de Saint-Hilaire-du-Touvet.

Le site de l'Hôpital Sud sera enrichi en septembre 1996 par l'installation de la nouvelle buanderie-lingerie puis par l'ouverture du Centre de long séjour en février 2004, répondant aux normes les plus performantes en matière d'ergonomie. Le 7 janvier 2005 ouvrira également la Centrale de préparations des repas, qui dessert l'ensemble du CHU.

La restructuration des pavillons de gériatrie

En 1973-1974, le CHU de Grenoble héberge encore des personnes âgées dans des pavillons dotés de longues salles communes : Bérey, Escoffier, Chatin par exemple.



56

À Échirolles :
Hôpital Sud
(en haut) ;

préfabriqué
abritant l'unité de
psychiatrie de 1975
à 2008 (au centre) ;

nouvelle école
d'infirmières
construite en 1976
et actuelle École
de kinésithérapie
du CHU (en bas).
Clichés DL.

Le professeur Robert Hugonot intervient avec opiniâtreté à la Direction générale et devant les instances. En octobre 1974, les pavillons sont considérés comme devant être démolis. Ils ne présentent plus de conditions de sécurité suffisantes et une amélioration des conditions hôtelières semble exclue. D'autres pavillons comme le pavillon C, le pavillon Gerin, peuvent connaître une reconversion « administrative ». L'ensemble de ces structures est implanté dans la partie dite « basse » de l'hôpital. Le pavillon C deviendra, quelques années plus tard, la Trésorerie principale du CHU, le pavillon Gerin magasin général de la Direction des services économiques et avant sa démolition le pavillon Escoffier hébergera une salle machine de l'informatique.

Au Conseil d'administration du 21 janvier puis du 11 juillet 1975, le débat porte sur les pavillons de la « partie haute » de l'hôpital de La Tronche qui sont ou vont devenir rapidement disponibles par l'intégration de services de chirurgie dans l'hôpital des Sablons : Canel, Moidieu, Brenier, Chissé qui, une fois réaménagés, permettraient d'accueillir 300 lits de long et moyen séjours et la création, selon les souhaits du professeur Robert Hugonot, de 60 lits de médecine à orientation gériatrique et 30 lits de réadaptation. Il y a une opportunité de faire financer ces aménagements dans le cadre d'un programme d'humanisation des lits subventionné à 40 % par les pouvoirs publics (20 % État, 20 % Assurance-maladie).

Ce programme national au titre de l'exercice budgétaire 1976 affecte 12 millions de francs au préfet de Région Rhône-Alpes, étant entendu que le courrier du directeur des Hôpitaux précise que ce montant doit bénéficier pour 2/3 à des constructions dites industrialisées et pour 1/3 à des constructions traditionnelles. Le CHU imagine que les sommes qu'il pourrait recevoir devraient, dans un premier temps, lui permettre de démolir les cloisons légères en bois compressé et les plafonds isorel de certains pavillons, ainsi que de créer des sanitaires entre deux chambres. Le choix se porte en priorité sur la réfection des pavillons Brenier et Chissé où seront transférés les lits de personnes âgées des pavillons à démolir ou non fonctionnels. Le transfert interviendra au cours du 1^{er} trimestre 1978. Du fait des difficultés financières, les travaux sont réalisés par les ateliers de la Direction des services techniques de l'établissement (280 000 francs pour le seul pavillon Brenier).

L'aménagement de ces deux pavillons pour la gériatrie est considéré comme une première étape. Le pavillon Canel, qui avait hébergé la chirurgie cardiaque du Pr Joseph Barrie, est, lui aussi, appelé à devenir pavillon de long séjour. Le 27 septembre 1976 émerge au Conseil d'administration une solution alternative. Un architecte grenoblois, M. Dupuis, du Groupe 6, est devenu lauréat d'un concours ministériel pour la réalisation, sur plusieurs sites français, d'un hôpital type : « L'étape V 120 ». Le Conseil d'administration s'intéresse au projet : si le CHU de Grenoble est retenu, il est possible, sous 18 mois, de bénéficier d'un établissement et la fonctionnalité du bâtiment de 120 lits permet de travailler avec le même personnel qu'un pavillon de 100 lits (diminution possible de 51,5 agents par rapport à l'ancienne configuration). Le 16 octobre 1976, le Conseil d'administration se prononce pour la construction de trois V 120 sur la partie haute et basse de l'hôpital dont un pourrait bénéficier d'un avis favorable de la tutelle avec une subvention de catégorie 1 (humanisation) au titre de 1977. En décembre 1976, une délégation administrative visite un V 120 à Nemours. Face à cette demande, le ministère de la Santé délégué un conseiller de la Cour des comptes sur site en mars 1977. Ce dernier estime « qu'il est préférable

57

de rénover les anciens pavillons de la partie haute de l'hôpital de La Tronche plutôt que de les démolir et d'entreprendre des constructions neuves. Il met en avant la qualité architecturale de cet ensemble de bâtiments. La Direction des services techniques du CHU (M. Convert) objecte qu'une vraie rénovation coûtera 80 % d'une construction neuve sans que les aménagements répondent aux normes architecturales du moment. Fin mars 1977, madame Simone Veil, ministre de la Santé, fait savoir qu'elle est opposée à la réalisation de 240 lits et plus mais donne son accord pour un V 120, à la condition qu'il s'accompagne de la nomination d'un chef de service hospitalo-universitaire. Les pavillons Escoffier et Berey sont détruits. Fin 1977, la décision intervient de transférer les enfants encéphalopathes qui occupent le dernier étage du pavillon Chatin au pavillon A, où ils bénéficient de la totalité des surfaces. Le pavillon Chatin est détruit. Début 1979, ouvre le nouveau pavillon Élisée Chatin (120 lits) où l'on ne trouve que des chambres individuelles ou à deux lits, des locaux d'ergothérapie, de balnéothérapie, une antenne radiologique et des équipements médicaux et hôteliers au goût du jour. En avril 1993 est envisagée, sur le site de l'Hôpital Sud, l'implantation de 80 lits de long séjour par transfert de moyens provenant du Centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Pont. Ils seront complétés par des transferts de lits de gériatrie du site Nord pour créer le Centre de long séjour actuel.

Les pavillons Canel et Moidieu restent disponibles pour accueillir la gynécologie-obstétrique Nord, la Centrale d'approvisionnement en matériels stériles et la Pharmacie centrale du CHU, après rénovations et aménagements conduits par les ateliers de la Direction des services techniques.

Le pavillon d'urgences

Le pavillon d'urgences est créé en 1948 et modernisé en 1953. Il est implanté à côté de la Radiologie A, sur le site de l'Hôpital de La Tronche. Il comporte 20 places d'accueil et deux salles d'interventions qui s'appuient sur l'unité nommée Brenier Dégagement. La Commission médicale consultative a, dès cette époque, déterminé un quota quotidien d'accueil des malades en provenance du pavillon d'urgences pour chacun des services de médecine de l'hôpital. Aucun chef de service ne peut le modifier unilatéralement, mais tous ne jouent pas le jeu correctement et honnêtement, et les rappels à l'ordre sont fréquents au sein de la Commission médicale consultative. La règle d'un séjour limité à 6 heures au pavillon d'urgences est quotidiennement violée.

En 1973, le pavillon d'urgences intègre le 1^{er} étage de l'hôpital Michallon. Au débouché du colimaçon qui achemine les malades en ambulance à proximité des blocs opératoires, il regroupe 13 lits médicaux et 8 lits de soins vigilants. Les concepteurs ont prévu, au vu de l'expérience acquise, un accueil des malades couchés au 1^{er} étage et un accueil des urgences debout au rez-de-chaussée bas (porte/polyclinique) où, sous l'autorité d'un chef de service unique, des praticiens attachés reçoivent les malades valides pour une consultation, qui peut aboutir à une hospitalisation. Les deux accueils posent des problèmes de gestion complexes. Dès 1977, une unité de dégagement du pavillon d'urgences de 29 lits de médecine appelée Accueil hospitalisation est créée au 4^e étage de l'hôpital des Sablons. Entre 1970 et 1979, la progression moyenne des entrées aux urgences est de 7 à 8 % an. En décembre 1977, une commission spéciale, émanation du Conseil d'administration,

estime que les personnes accueillies en urgence le sont dans des conditions ne donnant manifestement pas satisfaction : l'exiguïté des locaux, l'absence d'une vraie permanence médicale, la durée de séjour et l'âge moyen des malades sont en cause. Participant également au malaise les évolutions des mentalités de la population et de la médecine libérale : la prise en charge de l'urgence vraie ou ressentie appartient à l'Hôpital public. Le pavillon d'urgences à l'hôpital des Sablons connaît, comme par le passé, des difficultés de placement des malades accueillis. Rien n'y remédie : ni « l'impôt lits » sur chacun des services de médecine, ni la création d'une unité d'accueil dédiée. Les praticiens s'épuisent dans les efforts déployés sur les filières d'amont et d'aval du pavillon d'urgences médecine. Les problèmes sont moins aigus pour les urgences chirurgicales, la garde mise en place fait également face aux parages, plaies et bosses.

En août 1995, l'accueil médico-chirurgical et psychiatrique quitte le premier étage et ses couloirs encombrés de lits de malades pour s'installer dans des locaux rénovés au rez-de-chaussée bas. À cette fin, la pharmacie, la salle de conférences dite du Noyer d'Amérique (aujourd'hui salle Gilbert Faure), le service de médecine préventive, ont été réinstallés dans une nouvelle verrière de l'établissement « le pignon Sud ou pavillon Vercors » sur deux niveaux. Les surfaces du service d'accueil ont presque triplé, la capacité d'hébergement a été augmentée, une construction d'un accueil a été érigée en façade Chartreuse, les conditions de prise en charge et de préservation de l'intimité du malade avec un zonage précis, les conditions de travail du personnel sont sensiblement améliorées. En janvier 1993 une convention a été signée avec le Centre hospitalier spécialisé de Saint-Égrève en matière d'organisation des urgences psychiatriques et la création du CAUPAG (Centre d'accueil des urgences psychiatriques de l'agglomération grenobloise). Cette convention est un effort d'organisation et de planification sanitaire... et pourtant les difficultés demeurent : des restructurations s'avèrent nécessaires en 2006-2007 qui aboutissent à une UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée) et une ZES (Zone d'examens et de soins) le CAUPAG devient l'Ucap. La réflexion sur un nouvel aménagement du SAU est déjà amorcée...



Centre de gérontologie de l'Hôpital Sud, inauguré en 2004.
Coll. CHU-Grenoble.

Le SAMU-SMUR

Le département de l'Isère et le Centre hospitalier de Grenoble ont été parmi les premiers en France à comprendre l'importance d'une réflexion sur la prise en charge et l'organisation de secours mobiles d'urgences. Longtemps, dans notre pays, les hôpitaux ont considéré qu'il ne leur appartient pas de sortir hors de leurs murs et laissent aux mairies le soin d'assurer le ramassage des blessés : à Grenoble, des secouristes relèvent les accidentés dans la rue et effectuent avec dévouement et efficacité leur transfert vers la « porte » de l'hôpital qu'est le pavillon d'urgences créé en 1948. En 1958, voit le jour la Fédération nationale de sauvetage avec ses ambulanciers bénévoles, titulaires d'un diplôme de secouriste. Association reconnue d'utilité publique, elle utilise par convention les ambulances de l'hôpital. Jusqu'en 1974, date de la création de l'AMUAG (Association de la



médecine d'urgence de l'agglomération grenobloise), elle est aidée par l'Association dauphinoise de prévention et de secourisme, de la Croix-Rouge française et de l'Équipe de secours de l'Isère. Le GMUR coordonne l'ensemble.

Hommage doit être rendu au professeur Paul Stieglitz, anesthésiste de formation parisienne, et au directeur départemental des secours, qui savent utiliser la circulaire dite Villeneuve du 13 février 1965 rendant obligatoire pour l'hôpital l'organisation de secours mobiles d'urgences à caractère médical

« à toute personne qui en a besoin, qu'elle se trouve dans la rue, dans un lieu public, sur son lieu de travail ou à son domicile » avec, dans l'ambulance, un médecin ayant l'expérience de la réanimation d'urgence. C'est l'arrêté du 2 décembre 1965 qui crée le GMUR (Groupe mobile d'urgence et de réanimation) de l'hôpital de



Ambulances du GMUR, coll. MGSM.

Grenoble. Fin 1968, le service est structuré : les anesthésistes-réanimateurs, les secouristes ont trouvé leurs places.

Les plans du futur hôpital des Sablons n'ont pas prévu de localisation précise au GMUR. À l'initiative du Professeur Paul Stieglitz, un sas de réanimation de 3 lits est cependant créé à côté du pavillon des urgences pour accueillir les cas graves au sortir de l'ambulance. Des locaux exigus de 246 m² sont trouvés sur la plate-forme des urgences au débouché du colimaçon d'accès. Là, les appels téléphoniques ou radio sont réceptionnés par le médecin régulateur hospitalier, qui répartit ensuite, en fonction de l'état présumé du malade, les interventions entre le secteur public et ses ambulances médicalisées, les pompiers et les praticiens libéraux. Assez naturellement, lorsque le ministère réfléchira à la mise en place sur le territoire national d'un numéro d'appel unique — le 15 — il retiendra l'Isère comme un des trois sites pilotes. Chacun se rend compte que les locaux du SAMU-GMUR sont trop exigus pour remplir une telle mission au niveau de tout le département. Après avoir été doté en 1983 de deux bâtiments préfabriqués Algeco, implantés l'un au-dessus de l'autre sur la plate-forme des urgences, et avoir imaginé diverses solutions

pour le parking de ses ambulances, le SAMU-GMUR est transféré en février 1990 dans les 2 628 m² du pavillon Calmette-Guérin. Construit en 1956, il a hébergé un service d'hépato-gastro-entérologie jusqu'en 1987, date de la restructuration de la discipline au sein de l'hôpital Albert Michallon. Rebaptisé pavillon René Coirier, nom du chef de bureau du ministère qui a consacré une grande partie de sa carrière administrative à la promotion des SAMU-GMUR, le service trouve des locaux qui lui permettent d'installer ses bureaux, chambres de garde, centre de régulation, d'y héberger le CESU (Centre d'enseignement des secours d'urgences), le garage des ambulances et d'y réserver un éventuel emplacement pour l'implantation d'un caisson hyperbare.

Jusqu'à sa retraite en 2007, le Dr Philippe Menthonnex anime l'équipe soutenue dès l'origine par la Préfecture, la Protection civile qui met à disposition ses hélicoptères, la Brigade alpine, le PGHM, les Sapeurs-pompiers et les fédérations de secouristes, tous alliés fidèles et indéfendables. Les administrateurs du CHU s'efforcent, de leur côté, de préserver les moyens de la structure en dépit de restrictions budgétaires de plus en plus drastiques.

La pédiatrie

Depuis 1948, le service « Enfants malades » est installé dans l'aile centrale de la maison de la Légion d'honneur. L'actuel bâtiment de pédiatrie, à peine achevé, a en effet abrité pendant la seconde guerre mondiale, la maison de la Légion d'honneur qui a été contrainte de quitter la « zone occupée » en région parisienne. Le service est, implanté au pavillon E (bâtiment ancien et bâtiment neuf). En avril 1975, une autorisation ministérielle permet des travaux d'extension du service de pédiatrie et, en particulier, la réalisation d'une construction neuve en bout de bâtiment, qui va abriter un service de périnatalité et de néonatalité pour un coût de 5 146 000 francs.

L'ouverture de l'Hôpital des Sablons libère d'importantes surfaces dans l'ancienne maison de la Légion d'honneur. Le service de radiothérapie quitte le préfabriqué qu'occupera, sans délai, la radiologie pédiatrique. Étaient implantés dans le corps de bâtiment, à l'emplacement de la rotonde : la chirurgie Latreille, l'urologie, l'ORL et leurs blocs opératoires. Ces services vont intégrer l'Hôpital des Sablons entre 1973 et 1976.

Le 20 décembre 1979, le Conseil d'administration décide du regroupement dans un même lieu du service Pédiatrie générale - Enfants malades, qui s'y trouve déjà, de la Clinique pédiatrique et de la Médecine néonatale et réanimation infantile, qui termine son aménagement sur place. Les travaux pour la Clinique infantile commencent en octobre 1980 pour environ un an. Ils sont estimés à 4 millions de francs et le chantier est conduit par le cabinet d'architectes Groupe 6. La facture finale s'établira à 7 935 000 francs pour une surface utile de 3 270 m². Les travaux de démolition des blocs opératoires et les réfections en gros œuvre ont été à l'origine très sous-évalués et l'Hôpital a dû totalement revoir son plan de financement.

Dès l'installation de la Clinique infantile dans ses nouveaux locaux, la rénovation des Enfants malades - Médecine infantile apparaît incontournable. Les travaux sont réalisés entre juin 1983 et juin 1984 pour un coût de 8 400 000 francs. Pendant cette

phase, le service Pédiatrie générale – Enfants malades « migre » dans les anciennes surfaces du pavillon E sur deux niveaux. L'accueil des urgences est cependant assuré au 3^e étage, lieu qui recevra, un an plus tard, la pédopsychiatrie de 12 lits. À l'été 1984, l'ensemble complet de pédiatrie est réalisé. Il comporte 185 lits de pédiatrie dont un Hôpital de jour de 15 lits communs aux deux services. La biberonnerie, antérieurement installée à l'Œuvre de la protection de l'enfance est transférée au contact de la Pédiatrie grâce au transfert de l'Hormonologie en Biochimie A. L'Hématologie pédiatrique et la Biochimie néonatale restent à proximité des unités de pédiatrie. L'ensemble est, par la galerie en partie souterraine, relié au plateau technique de l'Hôpital des Sablons et permet, en cas de mauvais temps, d'aller y effectuer les explorations et examens nécessaires en poussant un lit ou un fauteuil roulant d'un petit malade.

Les services de médecine pavillonnaires de l'Hôpital Nord

En 1985, la quasi-totalité des services de médecine de l'Hôpital Nord ont intégré ou sont connectés à l'Hôpital des Sablons où sont implantés l'essentiel des services d'imagerie, les laboratoires, les structures de blocs opératoires, d'explorations fonctionnelles ou interventionnelles. Il devient irrationnel et coûteux, à la fin de XX^e siècle, d'être dépendant de navettes d'ambulances qui prennent en charge un malade couché à 8 heures du matin dans son pavillon de médecine et ne l'y ramène que plusieurs heures plus tard.

Les responsables des services de Gastro-entérologie (pavillon Calmette-Guérin), de la Médecine interne (pavillon Dominique Villars), de la Pneumologie (pavillon D) pressent les instances médicales et administratives de trouver une solution qui leur permettre d'intégrer l'Hôpital Albert Michallon. Le service de Gastro-entérologie sera satisfait en 1987. En 1993, la Direction générale quitte le rez-de-chaussée haut de l'Hôpital Michallon pour emménager dans le pavillon Dauphiné et permettre à la Pneumologie d'y installer ses consultations puis, en 2000, des lits d'hospitalisation. Le pavillon Dominique Villars sera affecté, en 2008, au service de Psychiatrie. Par ailleurs, 26 lits de médecine aiguë gériatrique, naguère situés au pavillon Élisée Chatin, trouvent place à l'Hôpital Michallon lorsque le service de Médecine interne s'installe au troisième étage. Pour la poursuite des opérations de restructuration des disciplines médicales et la mise en sécurité de l'Hôpital Michallon un bâtiment est construit, à la place de la buanderie de l'ancien asile des vieillards et non loin du bâtiment des Écoles, en 2005 : le pavillon « Les Écrins » qui héberge à l'heure actuelle l'Endocrinologie-diabétologie-maladies de la nutrition.

Les écoles hospitalières

renvoi : folio à vérifier

À La Tronche, sur le site de l'Hôpital Nord, l'École d'infirmières est depuis 1955 dans ses locaux actuels (cf. photo p. 29). Au fil des années ont rejoint le même bâtiment, les écoles de puériculture, l'Institut de formation des cadres soignants, l'École d'aides-soignants, l'École d'infirmières aides-anesthésistes et en 1986, l'école d'infirmières de l'Hôpital Sud qui y était implantée depuis 1978. Cette évolution a été accompagnée, peu à peu, de la disparition de l'internat.

À Échirolles, sur le site de l'Hôpital Sud, l'École de manipulateurs d'électroradiologie déménage du sous-sol du pavillon de Neurologie et l'École de sages-femmes quitte le bâtiment préfabriqué, à côté de la maternité, pour occuper un nouveau



Construction du pavillon Dauphiné, début 1993, destiné à accueillir différents services administratifs, dont la Direction générale. En arrière : l'ancienne chapelle de l'Asile des vieillards, aujourd'hui musée grenoblois des Sciences médicales. Cliché CHU.

L'Institut Albert Bonniot, construit en 1995, illustre les coopérations dans le domaine biomédical entre le CNRS, le CEA, l'Institut Laue-Langevin et l'European synchrotron research facility (ESRF), le CRSSA, l'Université Joseph Fourier et divers partenaires privés. Maquette : cabinet Ludmer, cliché Atelier G, Grenoble.

63

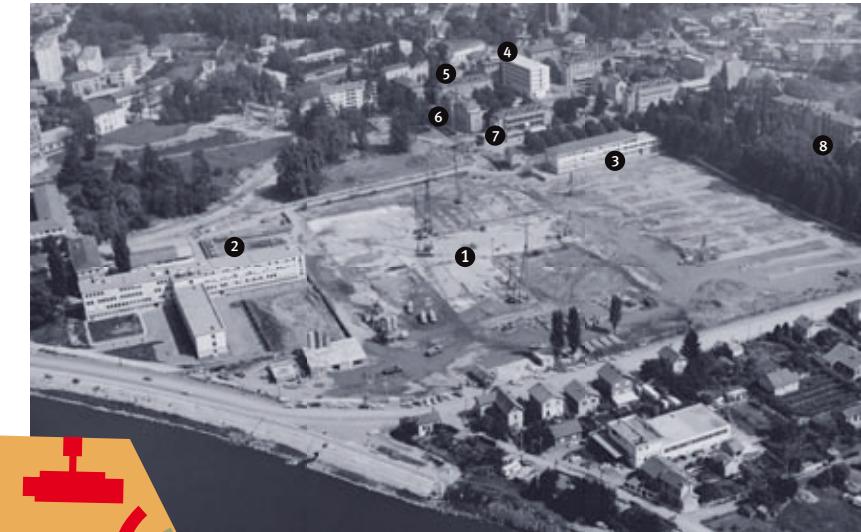


bâtiment des écoles en 1980. Les locaux de l'École d'infirmières échoient à l'École de masseurs-kinésithérapeutes.

Le pôle Formation attend à l'horizon 2011-2012 la construction d'un Institut des formations sur le campus universitaire de Saint-Martin-d'Hères ; dans le cadre de la politique « d'universitarisation » des écoles hospitalières et l'émergence de la filière licence-master-doctorat (LMD), la dispensation de certains modules d'enseignement interviendront à l'UFR de Médecine et Pharmacie de La Merci.

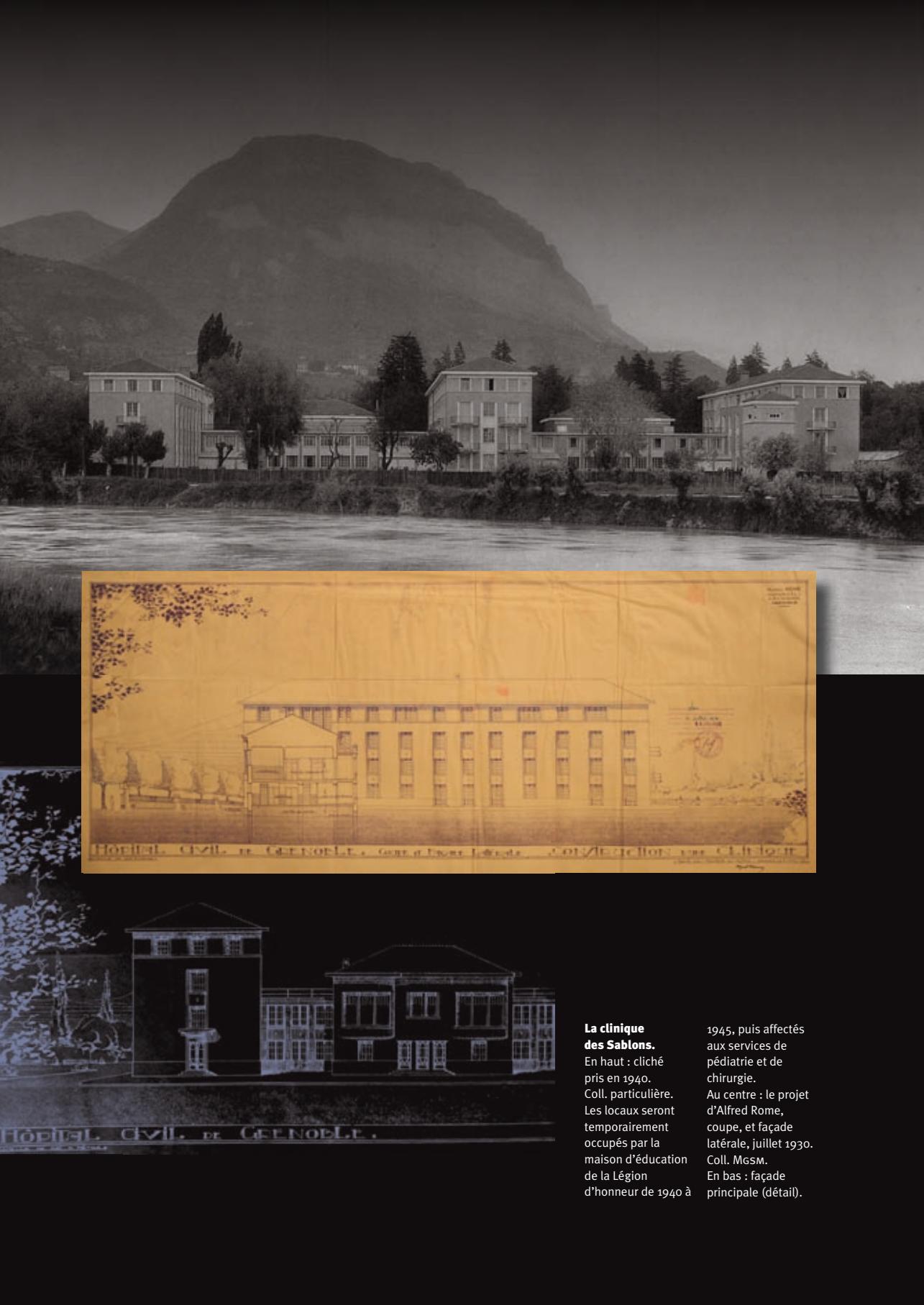
L'Hôpital de Grenoble aura donc connu de profondes évolutions architecturales au cours des cinquante dernières années ; il ne s'arrêtera pas là : à l'horizon 2012 il verra encore la réalisation de grands projets conformes à l'image dynamique et d'innovation qu'a montré notre CHU au contact de l'Université Joseph Fourier dans un exceptionnel environnement scientifique et médical. Pour favoriser un rapide transfert des données acquises de la recherche fondamentale et clinique, le CHU a cédé ou cédera par convention, à l'Université, des terrains hospitaliers pour la construction de l'Institut Albert Bonniot (200 chercheurs travaillent sur la cellule), le pavillon Taillefer pour le GMCAO (gestes médicaux chirurgicaux assistés par ordinateur) et récemment l'emprise de l'Institut des neurosciences, un des pôles d'excellence et fleuron de notre CHU.

• Luc Bournot est directeur de la formation au CHU de Grenoble.



65

- Répartition des services hospitaliers en 1972
- | | |
|----|----------------------------|
| 1 | Administration |
| 2 | Ophtalmologie-Stomatologie |
| 3 | Clinique des Alpes |
| 4 | Garderie |
| 5 | Paul Gerin |
| 6 | Canel |
| 7 | Brenier |
| 8 | Clinique obstétricale |
| 9 | Internat |
| 10 | Foyer des Infirmières |
| 11 | Pavillon d'Urgence |
| 12 | Cuisine Centrale |
| 13 | Isotopes |
| 14 | Radio A |
| 15 | Chissé |
| 16 | Economat, Magasins |
| 17 | Moidieu |
| 18 | Chapelle et Morgue |
| 19 | Labo. de Chimie et B.H.S. |
| 20 | Pharmacie |
| 21 | Bibliothèque - Syndicats |
| 22 | Logements |
| 23 | Martin-Sisteron |
| 24 | Services Techniques |
| 25 | Ambulances |
| 26 | Logements |
| 27 | Logements |
| 28 | Animalerie |
| 29 | Transfusion sanguine |
| 29 | Logements |
| 30 | Latrelle |
| 31 | Les Enfants |
| 32 | Urologie-OR.L. |
| 33 | Radio B |
| 34 | Dominique-Villars |
| 35 | Enzymologie |
| 36 | Calmette Guérin |
| 37 | Chatin |
| 38 | Escoffier |
| 39 | Berey |
| 40 | Foyer |
| 41 | Logements |
| 42 | Logements |
| 43 | Boulangerie - Logement |
| 44 | Cuisine de l'Asile |
| 45 | Ecole d'Infirmières |
| 46 | Buanderie - Lingerie |
| 47 | Gerin |
| 48 | Chapelle de l'Asile |
| 49 | Pavillon C |
| 50 | Pavillon E |
| 51 | Pavillon D et cuisine Sana |
| 52 | Pavillon A |
| 53 | Pavillon de Neurologie |
| 54 | Labo. d'Anatomopathologie |
| 55 | Self-Service |
| 56 | ?? |
- 57 Consultations de porte
- 58 Pouponnière
- 59 Foyer des Mères
- 60 Foyer des Enfants
- 61 Ecole - Foyer des enfants
- 62 Administration O.P.E.
- 63 Logements et cuisine
- 64 Logement
- 65 Conciergerie de l'Asile
- 66 Anesthésiologie
- 67 Mécanographie
- 68 Assistantes Sociales
- 69 Laboratoire Analyse - Automatisé
- 70 Logements Quai Yermoloff
- 71 Immeuble la MERCI
- 72 Centre de transfusion
- 72 Garderie - Crèche
- 73 Les Sablons



La clinique des Sablons.

En haut : cliché pris en 1940. Coll. particulière. Les locaux seront temporairement occupés par la maison d'éducation de la Légion d'honneur de 1940 à

1945, puis affectés aux services de pédiatrie et de chirurgie.

Au centre : le projet d'Alfred Rome, coupe, et façade latérale, juillet 1930. Coll. MGSMS. En bas : façade principale (détail).

Ne voyez pas dans cet article une relation historique au sens classique du terme mais plutôt le témoignage de médecins qui, nommés externes puis internes, ont passé une partie ou la totalité de leur vie de médecin dans cet hôpital. Aujourd'hui, à l'occasion de l'exposition sur le patrimoine hospitalier au musée grenoblois des Sciences médicales, ils se retournent sur ces cinquante années.

1954-1962. État des lieux des services de l'Hôpital civil

L'Hôpital civil s'installe à La Tronche en 1914, après son voisin immédiat l'Hôpital militaire construit en 1908. C'est encore un hôpital de campagne, regroupé de part et d'autre de la route Grenoble-Chapareillan, il est conçu sur le mode pavillonnaire. Chaque pavillon accueille un ou plusieurs services. Sur les berges situées en aval du pont de l'Île Verte, il compte principalement quatre grands bâtiments dédiés à la médecine et à la chirurgie. Ce sont, en entrant, les pavillons Brenier et Moidieu à droite, Canel et Chissé à gauche.

Le pavillon Brenier abrite, au rez-de-chaussée, le service de neurologie dont le chef de service est le Dr René Fau (1943-1978) assisté du Dr Robert Château. Aux deux étages supérieurs se trouve le service d'orthopédie, avec ses blocs opératoires, dirigé par le Dr Cabanac (1938-1972) assisté du Dr Maitrerobert (1949-1968). Le pavillon Moidieu accueille, au rez-de-chaussée, le service de dermatologie dont le chef de service est le Dr Dugois (1935-1976) et, aux deux étages supérieurs, le service de médecine à orientation hématologique dirigé par Le Dr Flandrin (1931-1969). Le pavillon Canel, faisant face au pavillon Brenier, est entièrement occupé par la Clinique chirurgicale du Pr Albert Bonniot (1922-1962), également directeur de l'École de médecine et de pharmacie, et par le service de chirurgie thoracique sous la direction du Pr Joseph Barrié. Le pavillon Chissé, qui fait face au pavillon Moidieu, est divisé en deux services de médecine : la Clinique médicale à orientation cardioligue et pneumologique, appelé « Chissé A », dirigée par le Pr Béthoux (1926-1960), nommé professeur de clinique médicale en 1935 — cette clinique avait à sa disposition pour l'enseignement des stagiaires un petit amphithéâtre — ; le service de médecine à orientation gastro-entérologique, ou « Chissé B », dont le chef de service est le Dr Grandmaison (1930-1964).

Derrière le pavillon Brenier, se trouve le pavillon d'obstétrique du Dr Reboud (1933-1962), professeur de clinique obstétricale depuis 1938. En bordure de la route nationale sont disposés depuis l'entrée : à droite, la Clinique des Alpes puis le service de radiologie dirigé par le Dr Maurice Kuentz ; du même côté et au-delà du service de radiologie, le bâtiment qui abrite l'internat doté initialement d'une douzaine de chambres. Il sera agrandi en 1956-1957 et mettra à la disposition des internes en médecine plus de 30 chambres, un garage, une bibliothèque et bien sûr la salle à manger. Dans le prolongement de l'internat, on trouve le dortoir des élèves infirmières.

Les médecins, acteurs et témoins de l'évolution hospitalière

JEAN PERRET • DANIEL GRUNWALD



Groupe de médecins, vers 1950. Coll. MGSMS.

À gauche du porche d'entrée, se situe le service d'ophtalmologie, dirigé par le Dr Perronet (1935-1970), puis le pavillon Paul Gerin, consacré au service de gynécologie et dirigé par le Dr Contamin (1942-1977). Enfin, en contrebas, le pavillon des urgences, qui ne compte que trois salles de petite chirurgie et d'opération, peut accueillir 20 malades, et ne dispose pas de salle d'examen des malades médicaux.

En regard du pavillon Chissé, s'étagent les laboratoires de bactériologie (Dr Seigneurin), d'anatomo-pathologie (Pr Joyeux) et de biochimie (Dr Joseph Groulade). Entre le pavillon des urgences et les laboratoires, le service de radiologie modernisé remplacera, en 1960, l'ancien service situé à côté de l'internat. Le Dr Geindre en prendra la direction après l'intérim du Dr Maurice Kuentz et du Dr Jean-Paul Valois. En regard du pavillon Moidieu et un peu en retrait, le pavillon Martin-Sisteron du nom du premier chef de service de 1914 à 1934 abrite le service de psychiatrie d'urgence, paradoxalement berceau de la neurologie (Dr René Fau et Robert Château). Excepté ce service d'urgence, l'ensemble de la psychiatrie est installée à Saint-Égrève au sein d'abord de « l'Asile des aliénés », devenu Hôpital psychiatrique départemental.



Pavillon Dominique Villars, construit en 1959. Depuis la fin de l'année 2008, il accueille une unité de psychiatrie générale, autrefois localisée à l'Hôpital Sud. Coll. MGSMS.

service d'urologie (Dr Douillet, 1942-1970) et la Clinique pédiatrique dirigée par le Dr Jean Roget (1935-1974). Accolé à la clinique pédiatrique dans un bâtiment préfabriqué conçu pour une vie courte — mais qui existe toujours — est installé le service de radiothérapie dirigé par le Dr Jacques Jaudel. Ce préfabriqué sera ensuite affecté à la radiologie pédiatrique. En face du bâtiment de la Légion d'honneur se trouve le pavillon Dominique Villars, avec sa galerie extérieure de visite des malades contagieux. Il a été construit entre 1956 et 1958, et le Dr Mazaré en est le chef de service (1949-1982).

Plus bas, on trouve le sanatorium avec le pavillon Calmette-Guérin (Dr Ledru) destiné aux malades tuberculeuses, le pavillon D pour les hommes tuberculeux (Dr Arnaud) et le pavillon A pour les enfants. En face du sanatorium, les pavillons dits des vieillards : pavillon Élisée Chatin, pavillon Gerin et pavillon Escoffier. Ce dernier accueille le service de médecine du Pr Cau. Il est d'usage que les pavillons dits des vieillards soient sous la responsabilité du plus jeune médecin des Hôpitaux reçu au concours. Derrière la chapelle se trouve le pavillon E occupé par le service des maladies infectieuses (Pr Mazaré) jusqu'en 1958, puis par le service de pédiatrie dirigé par le Dr Beauvois. Au centre de cette disposition, la chapelle, désacralisée dans les années 1980, abrite actuellement le musée grenoblois des Sciences médicales.

L'organisation de l'Hôpital et les personnels soignants

De 1954 à 1972, cet ensemble hospitalier est dirigé par le directeur général, M. Daudignon, assisté de la Commission médicale consultative (CMC) aujourd'hui remplacée par la CME, alors présidée par le Dr Douillet. L'Hôpital est administré en application de la loi de 1941 et du décret de 1943 qui organise l'hôpital en services de médecine et de chirurgie. À cette époque, tous les médecins, chirurgiens, obstétriciens ou gynécologues sont employés à mi-temps : ils reçoivent leurs patients privés dans un cabinet de consultation de ville, parfois une clinique. Les chirurgiens opèrent le plus souvent à la Clinique des Alpes (qui était sur le territoire de l'hôpital mais de statut privé) ou rue Thiers à la Clinique des Bains, dont les personnels infirmiers étaient des religieuses hospitalières. La rémunération des médecins titulaires, qu'ils soient ou non chef de service, est établie sur la base du taux d'occupation des lits. Les recettes de l'hôpital sont en grande partie liées à l'activité avec la détermination de prix de journée différents selon le type d'activité.



Pavillon Calmette-Guérin, construit en 1956, actuel pavillon Coirier, siège du SAMU. Coll. MGSMS.

Initialement, seuls les « services de clinique » ont un assistant chef de clinique : le Dr Merle (1953) à la clinique médicale chez le Pr Béthoux, le Dr Boucher (1953) à la clinique chirurgicale chez le Pr Bonniot, le Dr Hays à la clinique obstétricale chez le Pr Reboud et le Dr Bernard à la clinique pédiatrique chez le Pr Roget. Les médecins, chirurgiens et biologistes, les chefs de clinique, assistants des Hôpitaux, les internes et les externes sont tous nommés sur concours organisés par les Hôpitaux sans l'intervention de l'Université.

Les étudiants en médecine, stagiaires dans les services de l'hôpital, ne peuvent pas intervenir sur les malades ni les examiner. Ils n'ont, de ce fait, aucune pratique médicale jusqu'en sixième année. Ils deviennent alors stagiaires internés et peuvent réaliser les actes médicaux usuels. Il y avait environ 100 étudiants en première année de médecine. Pour entrer en première année, il faut avoir réussi une année dite de propédeutique, le PCB (physique, chimie et biologie) organisé par la Faculté des sciences. Les étudiants en médecine peuvent se présenter au concours de l'externat après avoir réussi la première année de médecine. Leur nombre est alors de l'ordre de 20 par concours. Les externes des hôpitaux sont nommés pour une durée de quatre ans. Leur affectation dans chaque service, pour six mois, est déterminée par un choix au mérite, en fonction de l'ancienneté et ensuite de la place au concours. Les externes passent toute la matinée dans les services, ils examinent les malades, rédigent les observations cliniques sous la responsabilité de l'interne, du chef de clinique et du chef de service. Ils sont chargés de tous les gestes dits invasifs (intraveineuses, pose des perfusions, des diverses ponctions lombaire, pleurale, péritonéale...) en chirurgie, ils aident le chirurgien en salle d'opération et réalisaient les actes de petite chirurgie (plâtres, anesthésies locales ou générales, pansements, parages des plaies...). Après 18 mois d'externat et la réussite de la 3^e année de médecine, ils peuvent se présenter au concours d'internat de l'hôpital dans lequel ils sont externes. Il était rare pour ne pas dire quasi impossible de

réussir un concours d'internat dans une autre ville de faculté. Les concours ne sont pas anonymes et les « écuries » dans chaque hôpital défendaient leurs « poulains » au-delà de toute raison, avec l'aval des « patrons ».

Les internes des hôpitaux sont nommés pour une durée de quatre ans. Les séjours dans chaque service sont de six mois, le choix se fait en tenant compte de l'ancienneté et de la place obtenue au concours. En 1958, huit places sont mises à chaque concours. Au total, il y a une trentaine d'internes à Grenoble. Ils sont logés et nourris à l'internat où chacun dispose d'une chambre. Dans les services on compte au mieux un interne pour 30 lits, souvent un interne pour 60 à 90 lits. Comme les chefs de clinique et les médecins ou chirurgiens sont à mi-temps, les internes assurent la permanence des soins dans leurs services respectifs. Ce sont eux qui passent la contre visite chaque après-midi et le dimanche matin. Ils assurent la garde générale au pavillon des urgences (Pu) de 13 h à 8 h le lendemain. Sont présents au Pu : un interne en chirurgie, un interne en médecine, deux externes dont l'un fait équipe avec ce dernier. Les gardes ne sont pas rémunérées. On verra s'organiser des gardes spécifiques en gynécologie, en obstétrique et plus tard en pédiatrie.

Les chefs de clinique-assistants sont obligatoirement d'anciens internes des Hôpitaux. Tous les médecins et les chirurgiens des hôpitaux sont d'anciens internes. Ceci n'est pas toujours vrai pour les biologistes, compte tenu de l'apprentissage différent des techniques de laboratoire — ils peuvent même avoir un diplôme de pharmacien. Après 1968, il n'est pas nécessaire d'être interne pour acquérir une spécialité médicale ou biologique. Après la sixième année, les étudiants s'inscrivaient à un DES (diplôme d'étude spéciale), les stages ont lieu à l'hôpital et un examen national permet d'être reconnu « spécialiste ». Par contre, toutes les spécialités chirurgicales (chirurgie, gynécologie, ORL, ophtalmologie, urologie) ne sont obtenues que par les anciens internes. Ce fait conduit quelques années plus tard à créer des spécialités médicales en gynécologie et en ophtalmologie.

Les infirmières sont formées essentiellement à l'École d'infirmières de l'hôpital. Les élèves infirmières sont recrutées sur concours et sur titres (baccalauréat). Les études durent deux ans et comportent des cours théoriques et des stages dans les services hospitaliers. Le nombre d'infirmières dans chaque service est vraiment faible : par exemple, en neurologie, il y avait 12 infirmières pour 90 lits en 1965 ! Le service hebdomadaire de 45 heures est « coupé » par une pause de 12 h à 16 h chaque jour. Le plus souvent le service de nuit est assuré par un groupe particulier d'infirmières qui ne font que les nuits. Inutile de dire que dans ces conditions la plupart des jeunes infirmières ne passent pas plus de deux ou trois ans à l'hôpital. Il faut avoir une authentique et solide vocation pour faire une carrière hospitalière. Progressivement, des aménagements sont apportés à cette situation : la durée des études passe à deux ans et demi puis trois ans. La durée du travail hebdomadaire passe à 40 h (1970 ?) puis à 39 (1981) et enfin à 35. Les surveillantes qui dirigent et organisaient le travail des infirmières sont nommées au choix et souvent avec un avis prépondérant du médecin chef de service. Dans de nombreux services les surveillantes ont un logement de fonction au dernier étage.

En 1954, tous les chefs de service sont d'anciens internes des Hôpitaux de Lyon (les docteurs Bonniot, Barrié, Contamin, Gauthier, Grandmaison, Roget, Dubois,

Piaget, Douillet, Perronet, Kuentz, Arnaud, Ledru, Mazaré, Reboud), des Hôpitaux de Paris (Flandrin, Béthoux, Fau, Château) ou des Hôpitaux de Montpellier (Calas, Cabanac). Certains sont d'anciens médecins militaires (Dr Maitrerobert) ou encore des collaborateurs de structure comme l'Institut Pasteur. Les premiers internes issus de l'École de médecine de Grenoble et devenus médecins des Hôpitaux à Grenoble sont le Dr Cau en médecine et le Dr Beudoing en pédiatrie.

La Faculté de médecine et l'organisation de ses enseignements

Jusqu'en 1954, Grenoble ne disposait que d'une École préparatoire de médecine. Elle devient, à cette date, École de plein exercice. Le professeur de clinique chirurgicale Albert Bonniot en est le directeur. Ce passage d'école préparatoire, qui ne validait que les deux premières années de médecine, à la qualité d'école de plein exercice permet aux étudiants de valider leurs cinq premières années de médecine à Grenoble. Ils doivent cependant passer leurs examens de Cliniques qui clôturent les études à la Faculté de médecine de Lyon. L'École de plein exercice devient Faculté de médecine et de pharmacie en 1962. Le Dr Roget joue un rôle déterminant dans cette promotion de Grenoble, il en est le premier doyen en 1954 et sera réélu jusqu'en 1968.

Durant la période 1954-1962 de nombreux médecins ou chirurgiens de l'hôpital sont chargés de cours à l'École de médecine installée rue Lesdiguières à côté de l'École d'architecture et en face du Lycée Champollion. En première et deuxième année le Dr Calas enseigne l'anatomie, assisté du Dr Bouchet, du Dr Blanc-Jouvan, et de prosecteurs internes en chirurgie. Le Dr Cabanac est chargé de cours en physiologie avant l'arrivée du Pr Lemarchant. Le Dr Roget enseigne l'histologie, et le Pr Mouriquand lui succède en 1963. Le Pr Lestra, professeur à l'École de pharmacie, est chargé de la biochimie avant le Pr Groulade (1964) et le Pr Vignais (1965) ; la physique est confiée au Pr Rinaldi (1969). En troisième année, la bactériologie et la virologie sont enseignées par le Dr Seigneurin, l'anatomie pathologique par le Pr Joyeux (1958-1964), auquel succède le Pr Couderc (1959). En quatrième année se concentrent les enseignements de toute la pathologie et de l'obstétrique. La pathologie externe (chirurgie) est professée de manière magistrale par le Pr Jean-Charles Reymond, le seul professeur à ne pas être chirurgien des Hôpitaux et qui n'acceptera jamais le temps plein. D'autres matières sont assurées en partie par des professeurs lyonnais, comme le Pr Plauchu pour la pathologie interne à l'enseignement de laquelle est associé le Dr Mazaré. L'obstétrique est enseignée par le Pr Reboud. La cinquième année est consacrée à l'enseignement de l'hygiène (Dr Magnien), de la médecine du travail et de la médecine légale (Pr Cau), de la thérapeutique (Pr Muller, médecin chef de service en 1959) et enfin de la pharmacologie (Pr Carraz de la Faculté de pharmacie).

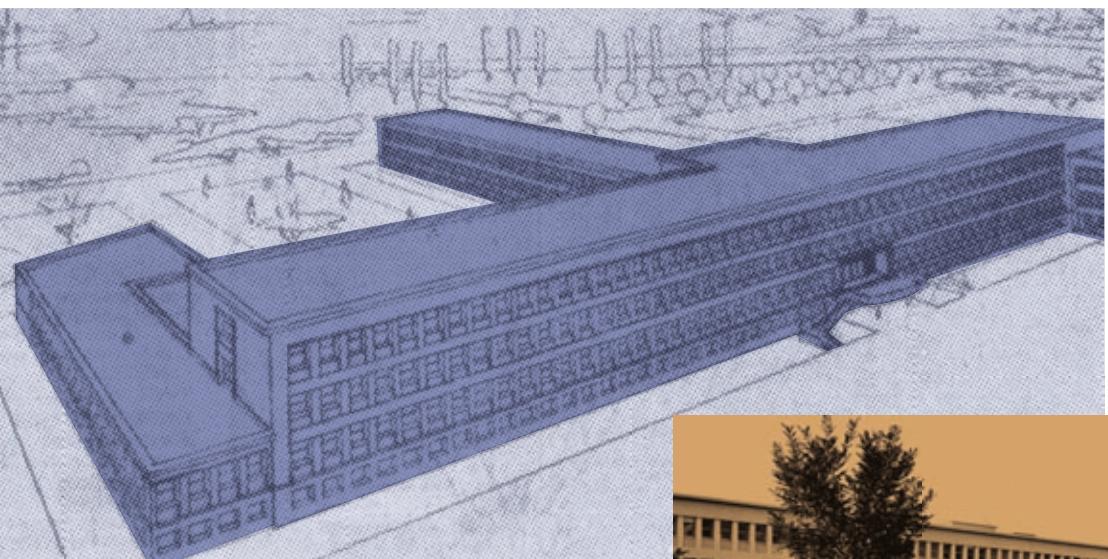
Ce n'est qu'à partir de 1962 que de nombreux médecins, chirurgiens ou biologistes seront nommés professeurs à la Faculté. Deux voies d'accès sont alors possibles depuis l'ordonnance de 1958 qui crée le temps plein hospitalier et le statut de Centre hospitalier et universitaire.

De haut en bas :
Le Dr Arthur Bordier, directeur de l'École préparatoire de médecine, 1909. Fonds Müller, coll. Musée dauphinois.

Le Dr Albert Bonniot (1890-1965), professeur à la Clinique chirurgicale et directeur de l'École de médecine et de pharmacie de plein exercice, de 1954 à 1962. Cliché Harcourt, Paris, Coll. MGSMS.

Le Pr Jean Roget, premier doyen de la Faculté de médecine, de 1954 à 1968. Coll. MGSMS.





Esquisse du futur pavillon de neurologie, réalisée par Louis Lacroix, architecte. En 1962, ce pavillon est conçu avec deux parties distinctes. Il compte 90 lits pour des malades adultes et un service de neurologie infantile de 30 lits. Au rez-de-chaussée haut, se trouvent les salles de consultation, de traitement, d'électroencéphalographie et de neuroradio. À droite, le bâtiment réalisé. Coll. Mgsm.

Certains médecins des Hôpitaux sont nommés professeurs en choisissant le temps plein hospitalo-universitaire, d'autres se présentent au concours de l'agrégation.

De l'Hôpital au CHU

Après cette période de mi-temps des chefs de service et des chefs de clinique durant laquelle seuls les internes sont à temps plein, on peut distinguer deux périodes évolutives : la première se consacre à l'installation du temps plein, la seconde est celle de la construction de l'Hôpital des Sablons, avec ses deux tranches.

• **L'installation du temps plein.** Chaque discipline est en concurrence directe avec l'exercice libéral. On voit apparaître les premières individualisations de spécialités médicales. L'ordonnance de 1958 est souvent mal vécue par le corps médical. Pour ceux qui choisissent le temps plein, il faut quitter un exercice libéral plus lucratif que l'exercice hospitalier. L'ordonnance de 1968 conserve des activités privées au sein des CHU. Cette disposition empêche sans doute la fuite des Hôpitaux mais elle suscite, en contrepartie, des jaloux du corps libéral. Elle donne des avantages financiers aux médecins qui bénéficient déjà d'un salaire universitaire et d'une rémunération hospitalière. De plus, ils jouissent de la notoriété que confère le titre de professeur. Il est donc nécessaire d'asseoir cette notoriété sur un savoir et un savoir-faire différents et de donner une qualité de soins supérieure à la médecine et chirurgie de ville. Il faut assurer, aussi, une notoriété par rapport aux Facultés plus anciennes. Initialement la création de la Faculté de Grenoble n'est pas perçue avec une grande bienveillance entre Rhône et Saône ! Cette première période durera près de 20 ans. Vingt années durant lesquels se construit l'Hôpital Sud en 1967-1968, au moment des Jeux olympiques d'hiver. S'installent initialement à Sud le service d'orthopédie (Dr Cabanac et Maitrerobert), une antenne radiologique et une polyclinique.



Durant le mandat du Dr Albert Michallon, alors maire de la ville de Grenoble et président du CA, un pavillon dédié à la neurologie est construit entre 1962 et 1965. C'est un pavillon moderne, climatisé, doté de 90 lits sur trois niveaux. Le rez-de-chaussée est partagé entre l'accueil, les salles de consultations, les secrétariats, les bureaux des médecins et les locaux universitaires (bibliothèque, salle de travail pour les étudiants, salle de cours). Enfin, sont réunis le laboratoire d'exploration fonctionnelle du système nerveux, le secteur de neuroradiologie avec un appareil d'angiographie et un autre de pneumo-encéphalographie gazeuse et les salles de gamma-encéphalographie (premiers examens isotopiques du SNC).

Dans les anciens bâtiments s'individualisent au sein des services de médecine des spécialités médicales : au pavillon Chissé A, la cardiologie avec le Dr Noël ; à Chissé B, la rhumatologie avec le Pr Cabanel, mais aussi la pneumologie avec le Dr Voog ; au pavillon Moidieu, l'hématologie avec le Dr Flandrin puis le Dr Hollard ; à Calmette-Guerin la médecine générale, assurée par le Pr Ledru — le Dr Bonnet-Eymard puis le Dr Rachail y créent le secteur de gastroentérologie — ; à Dominique Villars, à côté de la pathologie infectieuse et de la médecine générale avec le Dr Mazaré, s'individualise temporairement l'endocrinologie avec le Dr Micoud.

Toujours dans les anciens bâtiments, les services de chirurgie s'organisent en spécialités. Au pavillon Canel, autour du Pr Bonniot, c'est d'abord la chirurgie thoracique dominée par la chirurgie des malades tuberculeux avec le Dr Barrié, plus tard l'organisation de la chirurgie vasculaire (Dr Gauthier). À Brenier après l'installation en 1965 de la neurologie dans ses nouveaux bâtiments, la neurochirurgie prend droit de cité avec l'arrivée du Pr de Rougement aidé du Dr Barge. En urologie, le Dr Revol puis le Dr Faure réaliseront les premières greffes de rein.

• **La construction de l'Hôpital des Sablons.** En 1970, dans la 1^e tranche, s'installent la radiologie générale (Pr Geindre), la radiothérapie (Pr Vroussos), la neurochirurgie (Pr de Rougement puis Pr Barge), la neuroradiologie, l'exploration fonctionnelle du système nerveux (Dr Simone Garrel), la médecine nucléaire (Pr Vérain) dévolue au système nerveux, les laboratoires, l'ophtalmologie (Pr Bonnet), l'ORL (Pr Charachon), les urgences et la réanimation médicale (Pr Muller puis Pr Guinier).

En 1974, dans la 2^e tranche, s'installeront les services de chirurgie générale (Pr Bouchet) de chirurgie générale et infantile (Pr Sarrazin), de chirurgie thoracique (Pr Latreille), de chirurgie digestive (Pr Calas), de chirurgie cardiaque (Dr Contamin), de chirurgie vasculaire (Pr Gauthier). Les services de médecine déménagent : la médecine du travail et la médecine générale (Pr Cau et Pr Faure), les maladies infectieuses (Pr Micoud), la cardiologie (Pr Noël puis Pr Denis), la gastroentérologie (Pr Bonnet-Eymard), l'hématologie (Pr Hollard puis Pr Sotto). Apparaissent de nouvelles spécialités : l'endocrinologie (Pr Muller puis Pr Bachelot), de néphrologie (Pr Muller puis Pr Cordonnier), d'hémato-cancérologie (Pr Hollard puis Pr Schaefer), d'angiologie (Pr Franco puis Pr Carpentier). Les laboratoires de bactériologie et virologie (Pr Seigneurin), d'anatomopathologie (Pr Couderc puis Pasquier), d'hématologie (Pr Kolodié).

Restent en dehors de l'Hôpital des sablons : la neurologie (Pr Fau puis Château), la neuropsychiatrie infantile (Pr Château puis Pr Boucharlat), la médecine générale

au pavillon Dominique Villars (Pr Mazaré puis Pr Massot), la médecine générale (Pr Ledru) et la gastroentérologie (Pr Rachail), la pédiatrie réunie dans les bâtiments de la Légion d'honneur (Pr Roget et Pr Beudoing), la pneumologie au pavillon D (Pr Arnaud puis Pr Paramelle). Le service d'obstétrique (Pr Reboud et Pr Gautrait) qui déménagera ensuite avec le service de gynécologie à Canel (Pr Malinas et Pr Bernard). Après le déménagement de la neurochirurgie, un service de chirurgie générale s'installe à Brenier. En lieu et place de l'ancien bâtiment Élisée Chatin démolie sera construit un pavillon préfabriqué de 120 lits dit pavillon Élisée Chatin pour la médecine aiguë et de moyen et long séjour gériatrique (Pr Robert Hugonot).

À l'Hôpital Sud s'installeront, à côté de l'orthopédie dirigée par le Pr Béze, un service de gynécologie obstétrique (Pr Racinet) et, dans un autre bâtiment, la psychiatrie (Pr Boucharlat). À l'Hôpital Nord, la radiologie pédiatrique demeure dans son préfabriqué. Le service de néonatalogie (Pr Rambaud) sera construit entre le service de neurologie et de pédiatrie. Le service de neuropsychiatrie infantile devient un deuxième service de neurologie (neurologie Déjerine dirigé par le Pr Perret). Dans le pavillon de neurologie, les emplacements laissés vacants après le déménagement de l'exploration fonctionnelle du SN et de la neuroradiologie seront occupés par le laboratoire du sommeil (Pr Feuerstein). C'est au rez-de-chaussée bas que prendra place une partie de la première unité de recherche neurologique INSERM U 310 (Pr Benabid et Feuerstein).

Durant toute cette période, le temps plein hospitalo-universitaire est la règle dans toutes les disciplines et à tous les échelons. Aux nominations sporadiques avant 1970 succédera une organisation régulière des concours d'agrégation. Tous les nouveaux médecins, chirurgiens, biologistes nommés au CHU de Grenoble seront des médecins des Hôpitaux (chefs ou non chefs de service), maîtres de conférence des Universités puis professeurs agrégés des Universités. Ils le seront dans toutes les disciplines médicales, chirurgicales et biologiques indiquées dans la loi dite Edgard Faure qui régit l'enseignement des Unités de recherche et d'enseignement de médecine. La seule spécialité véritablement créée est la psychiatrie.

Les études de médecine s'organisent en trois cycles

Le 1^{er} cycle comprend les trois premières années consacrées aux matières dites fondamentales (anatomie, physiologie, histologie et cytologie, biochimie, biophysique, microbiologie, parasitologie, anatomie pathologique) et la sémiologie médicale et chirurgicale. Le Pcb a été supprimé mais la première année est encore pour partie enseignée par des professeurs de l'Université scientifique. Le 2^e cycle comprend les trois années suivantes durant lesquelles sont enseignées les disciplines cliniques, la thérapeutique et la pharmacologie. Le 3^e cycle est celui de l'enseignement de spécialités médicales avec la création des certificats d'études spéciales d'une durée de trois ans. On crée à Grenoble une UFR de 1^{er} cycle dont le directeur est le Pr Tanche, professeur de physiologie et une UFR des 2^e et 3^e cycles dont le directeur est le Pr Cabanel (professeur de rhumatologie).

En 1970, deux innovations universitaires importantes sont à souligner :

- La première est la création de l'Université scientifique et médicale Joseph Fourier (Ujf). L'ancienne Faculté de médecine et de pharmacie y est désormais représentée par les deux UFR de médecine (1^{er} et de 2^e cycle) et par l'UFR de pharmacie. Dans

chaque UFR et au sein du CA de l'Ujf sont élus des représentants des diverses catégories d'enseignants, des personnels administratifs et des étudiants, ce qui est une véritable « révolution » car les anciens Conseils de faculté ne regroupaient que des professeurs. Il existe bien d'autres particularités dans cette organisation mais nous ne retiendrons que celles qui sont à nos yeux les plus importantes : le rapprochement de la médecine et des sciences dures de l'ancienne Faculté des sciences, la suppression de l'externat et l'organisation de stages hospitaliers ouverts à tous les étudiants. Ce rapprochement de la médecine et des sciences au sein de l'Ujf qui facilite la création d'une recherche médicale vraie à Grenoble. Il existe, en 1970, un fossé entre la médecine dominée par les sciences cliniques très empiriques — et qui ne connaissent pas les procédures actuelles de la recherche clinique — et les Sciences comme la chimie, la physique ou les mathématiques qui manient les critères de qualité et de rigueur depuis toujours. Les professeurs de médecine, de ce fait, sont un peu déconsidérés par leurs collègues scientifiques. À partir de ce rapprochement administratif vont se tisser des liens de reconnaissance mutuelle et des liens structuraux dans le domaine de la recherche qui est inscrit dans la loi. Certains collègues des UFR médicales vont s'illustrer dans cette voie, c'est le cas d'abord des biochimistes autour du Pr Vignais, du Pr Colomb, du Pr Chambaz, c'est le cas du Pr Sarrazin et des élèves qui l'entourent ou des collègues qui se rassemblent autour de lui ; tous travaillant avec le CENG ou l'Ujf. C'est aussi le cas du Pr de Rougemont et plus encore du Pr Benabid et du Pr Feuerstein. C'est à partir de ces relations scientifiques que se renforceront les structures entièrement dévolues à la recherche : unités INSERM ou CNRS, création de l'Institut Albert Bonniot, plus récemment Institut des Neurosciences.

- La seconde innovation, non moins importante, consiste en la nouvelle organisation de l'enseignement médical. À partir de la quatrième année d'abord, puis selon des modalités un peu différentes de la troisième année, les étudiants vont quitter le rôle de stagiaires pour devenir des « étudiants hospitaliers » qui, dans les services, auront le statut des anciens d'externes, c'est-à-dire qu'ils participeront à l'examen des malades, à la réalisation des gestes les plus habituels de la médecine pratique. Ils assumeront les gardes au Pu, voire dans certains services. En un mot ils apprendront leur métier sur le plan pratique à l'Hôpital comme ils l'apprennent sur le plan théorique à la Faculté. Cette organisation des stages pour tous supprime le concours d'externat. L'internat restera un concours hospitalier mais, progressivement, et malgré des réticences, il deviendra anonyme, ouvert à tous les étudiants quelle que soit leur faculté d'origine. L'internat n'est plus un champ clos mais permet des échanges d'étudiants. Plus tard, l'internat deviendra « qualifiant » et les CES seront, pour la plupart, supprimés.

Le nombre de chefs de clinique assistants s'accroît après 1960. La durée de fonction est initialement de quatre ans renouvelables trois ans, elle sera raccourcie à deux ans renouvelables deux ans. Le raccourcissement de la durée, surtout dans les disciplines cliniques, posera un double problème. Problème du temps de prépara-



L'Hôpital Michallon (ou des Sablons)
???. Au premier plan, le pavillon de neurologie.
Coll. ou cliché ???
Maurice Donjon.

tion, trop court, au concours d'agrégation ; problème des effectifs hospitaliers trop restreints. Cette double contrainte conduira à la création des praticiens hospitaliers (Ph), puis des praticiens hospitalo-universitaires (PhU). Les Ph et les PhU sont des emplois de titulaires, les PhU ayant vocation à devenir praticiens hospitaliers, professeurs des universités (Pu-Ph). Dans les disciplines fondamentales ou dites mixtes, le passage de chef de clinique assistant à Pu-Ph se fait par l'intermédiaire des maîtres de conférence des Universités (Mcu). Ce n'est que plus récemment que des postes de Mcu ont été étendus aux disciplines cliniques.

Ces changements dans la préparation au métier de médecin sont considérables tant ils améliorent la formation pratique, en particulier : stages des «étudiants hospitaliers» et internat acquis plus tard (6^e année) qui, associé au clinicat plus court, permet une excellente formation des spécialistes. Il est vrai que les progrès médicaux sont tels et tellement rapides que ces dispositions sont nécessaires.

76

L'organisation administrative et financière de l'Hôpital

Après 1970, le contrôle de l'État sur les établissements hospitaliers se renforce. La notion de carte sanitaire émerge et jouera un rôle parfois conflictuel dans la dotation des gros matériels radiologiques, radiothérapiques, de médecine nucléaire, des laboratoires des sales d'opération. La composition des conseils d'administration (CA) change avec une représentation des «tutelles», Préfecture et Direction de l'action sanitaire et sociale (DASS), une représentation des collectivités locales, des caisses d'assurance-maladie (CPAM...), des syndicats hospitaliers, des personnels médicaux et non médicaux. La loi de 1970 conforte le rôle des Commissions

La loi hospitalo-universitaire de 1958
instaurant le temps plein hospitalier
est survenue dans l'inertie architecturale et le doute, voire l'inquiétude ;

son application
s'est imposée
progressivement
au fur et à
mesure des
possibilités
humaines et des

solutions apportées aux servitudes techniques. La transformation de l'École de médecine et pharmacie «de plein exercice» en Faculté mixte de médecine et pharmacie, au statut d'Établissement public, contractuel avec le Centre hospitalier régional de Grenoble en 1962, amorcera l'expansion spectaculaire de ces établissements. Les concours hospitaliers ou universitaires — aux règlements très indépendants — se

déroulèrent en 1962 en ouvrant une possibilité d'intégrer le corps hospitalo-universitaire d'embrée ou de façon différée. La première promotion de chefs de clinique-assistants des Hôpitaux à plein temps fut promulguée au 1^{er} avril 1963. Dès lors, les nominations de professeurs hospitaliers et universitaires et de chefs de clinique-assistants se succédèrent, entraînant des charges de locaux hospitaliers à améliorer dans l'existant mais aussi la création de locaux légers «provisoires» (locaux de consultations ou de soins légers, locaux d'enseignement ou de recherche avec la participation financière de l'Éducation nationale). L'intégration au statut plein temps de praticiens exerçant jusqu'alors en secteur libéral accentuera la clientèle — mais moins qu'on l'imaginait car, parallèlement, les cliniques

médicales consultatives (CMC) du Comité technique paritaire (CTP).

Progressivement, à partir de 1978, les dotations budgétaires ne se font plus par rapport au nombre de journées d'hospitalisation prévisionnelle et de la reconnaissance par la tutelle des montants des prix de journée, avec la possibilité de budget additionnel en cas de dépassement. On établit le principe d'un budget dit global annuel établi sur le plan national pour les CHU. Le forfait journalier hospitalier ne sert plus que dans des opérations de péréquation entre les différents établissements hospitaliers. À partir des années 1980, apparaît le besoin de quantifier les activités médicales, chirurgicales et bien sûr biologiques. C'est le PMSI. Il est né d'un travail précurseur du Dr Valois qui, chargé des premières applications de l'outil informatique, avait déjà essayé de calculer les coûts réels des activités hospitalières.

Épilogue

Nous ne pouvons témoigner de ce que fut l'hôpital à La Tronche avant 1954 sans avoir recours aux témoignages et à l'histoire. Au début du siècle dernier, en dehors des premiers actes techniques chirurgicaux et obstétricaux, la médecine est plus compassionnelle qu'efficace. L'hôpital accueille les vieillards indigents et les populations les plus pauvres et démunies : c'est un lieu de charité. Il accueille aussi les malades indésirables, contagieux, tuberculeux : c'est un lieu d'isolement. Il accueille enfin les marginaux, les malades mentaux : c'est un lieu d'exclusion. Dans ces deux derniers cas, l'objectif de l'hôpital est davantage de sauvegarder la société que de guérir. Cette période correspond à la conception et à la construction

Le temps plein hospitalier appliqué dans un hôpital en construction

ROGER SARRAZIN

amélioraient leurs structures et leur personnel. L'attribution des Jeux olympiques d'hiver entraîna la construction d'un hôpital à vocation traumatologique, l'Hôpital Sud, qui fut effectivement opérationnel en 1968.

La question des locaux insuffisants en surface et en qualité, compte tenu du nouveau mode de vie hospitalier, se posait toujours, et de plus en plus ; la construction de la première tranche de l'Hôpital des Sablons permit la mise en service de 800 lits en 1973. Même si l'architecture en fut contestée, l'engouement des praticiens fut immédiat. Les conditions d'exercice établies par la loi furent bien remplies : les patients répartis par unités de 30 lits en service de 60 ou 90 lits, bénéficiaient de conditions hôtelières et sanitaires excellentes : les praticiens avaient des bureaux

individuels, disposaient de locaux d'enseignement et de recherche. Les relations interservices tant médicales qu'administratives plus faciles aidèrent à une amélioration des soins par la concertation, et au développement de la recherche grâce aux enclaves de laboratoires. Puis survint la construction de la deuxième tranche de l'hôpital avec ses 15 étages, contiguë et communiquant étage par étage accentuant le confort des patients et des soignants. Dans le même temps, de lourds investissements assuraient l'extension du plateau technique qui fut remarqué pour son caractère innovant (informatique, imagerie, concertation pluridisciplinaire).

Petite illustration ??

- Roger Sarrazin est ancien professeur d'anatomie et doyen de la Faculté de médecine, ancien chirurgien au CHU de Grenoble.

77

de l'Hospice des vieillards à La Tronche (1894) avec cependant un objectif sanitaire et hygiénique. De 1914 à 1945, les soucis d'hygiène sont toujours présents, mais la radiologie s'impose, d'autres techniques médicales se banalisent, la chirurgie devient plus audacieuse avec les progrès de l'asepsie et de l'anesthésie, quelques médicaments apparaissent comme les sulfamides, les sédatifs, précédents dans les années qui suivent l'arrivée des antibiotiques, des neuroleptiques, des corticoïdes. Après les années cinquante, s'ouvre la période de l'efficacité et de la complexité. L'Hôpital général de La Tronche, au moment même des progrès explosifs techniques et médicaux tout autant que démographiques, va devenir le CHRU de Grenoble, lieu des soins du meilleur niveau. Cette transformation doit conserver le dualisme «hôpital de proximité, hôpital de recours» ce qui explique le grand nombre de lits (plus de 3000) et la nécessité d'un plateau technique performant (radiologie interventionnelle, scanner X, IRM, médecine nucléaire).

78

Cette explosion entraîne une nécessaire spécialisation. D'abord contenues autour des grandes disciplines médicales (cardiologie, gastroentérologie, hématologie, neurologie, pneumologie) les spécialités comme l'angiologie, la cancérologie, l'endocrinologie, la néphrologie s'individualisent. On observe la même évolution en chirurgie où aux spécialités historiques (chirurgie générale thoracique et viscérale, orthopédie, gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie) s'ajoutent la neurochirurgie, la chirurgie vasculaire puis cardiaque, la chirurgie infantile, la chirurgie de la main, la chirurgie plastique...

On assiste à partir des années 1980-1990 à l'implosion de ces spécialités en «super-spécialités» devenues indispensables eu égard à la sophistication des méthodes d'exploration et thérapeutiques. Grâce à ces évolutions, on pourra réaliser à Grenoble des greffes de reins, de moelle osseuse, de cœur, de foie, de poumons. S'instaureront aussi un éclatement des explorations cardiaques (rythmologie, radiologie interventionnelle coronarienne...) des explorations fonctionnelles respiratoires et neurologiques, des investigations biologiques. Enfin, la chirurgie profite des innovations endoscopiques, de la neurochirurgie stéréotaxique, des gestes chirurgicaux assistés par ordinateur. Les attitudes compassionnelles ont changé de registre avec la création de centres : centre médico-social de la femme, centre de la douleur et service des soins palliatifs. Avant la loi Huriet, le CHU de Grenoble s'était doté d'un Comité d'éthique réfléchissant sur les pratiques chirurgicales novatrices, la procréation assistée médicalement (banque de sperme puis implantation d'embryons), les diagnostics génétiques y compris préimplantatoires), l'annonce des diagnostics dans le SIDA, les maladies cancéreuses, aujourd'hui les maladies dégénératives y compris la maladie d'Alzheimer.

Enfin, le médecin à temps plein a une triple mission : de soins à l'Hôpital, d'enseignement à l'Université et de recherche. En France, la recherche s'est surtout développée grâce aux instituts spécifiques à cette mission : CNRS et INSERM. À Grenoble, l'unicité de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences au sein de l'UJF, la proximité du CEA et du CENG ont permis une prise de conscience précoce de la nécessité d'installer et de favoriser des unités de recherche. Les équipes de biochimie, d'immunologie, puis de neurosciences, d'hémato-cancérologie, de pneumologie, d'angiologie, d'imagerie se sont affirmées progressivement. L'hôpital a su en héberger un grand nombre dans l'ancienne maternité puis dans l'Institut

Albert Bonniot, au pavillon Taillefer, au Centre d'investigations cliniques et, plus récemment, dans l'Institut des Neurosciences. La cohabitation de la recherche et des soins est indispensable à sa dimension pré-clinique puis clinique, soit au service *in fine* du malade.

Sans la transformation des statuts successifs des médecins avec la création initiale du temps plein hospitalo-universitaire puis hospitalier, la révolution des enseignements au sein de l'hôpital, sans les constructions de vastes locaux permettant d'accueillir les malades, les plateaux techniques, ces explosions n'auraient pas pu se développer au sein de l'Hôpital de La Tronche et n'aurait pas permis au CHU de Grenoble de se classer dans la première moitié des établissements français comparables.

79

On comprendra que ces évolutions de la médecine hospitalière à Grenoble ont exigé des moyens financiers considérables en termes d'investissement immobilier, d'investissement pour les matériels médicaux, mais aussi en personnels médicaux. En contrepartie, la gestion s'est rapprochée de la gestion des entreprises non sans poser au corps médical des déchirements et des regrets, même s'il avait intégré que «la médecine n'a certes pas de prix mais qu'elle a un coût». Et pourtant, dès les années 1960, le docteur Valois avait esquissé la gestion moderne des soins hospitaliers.

Le gigantisme, l'hyperspecialisation, la complexité des diagnostics et des soins reposent, malgré les efforts compassionnels ciblés que l'on a rappelés, celui de l'accueil des malades, en particulier ceux dépendant de l'hôpital de proximité. Certes la construction du pavillon des urgences, la rédaction de la charte des malades hospitalisés, le développement de la médecine et de la chirurgie ambulatoire ont essayé de répondre à cette préoccupation. Mais si, au-delà de l'harmonisation régionale des hôpitaux, le dualisme privé-public ne laisse pas place à l'harmonisation des moyens face à la demande, l'hôpital seul ne pourra pas répondre aux enjeux des demandes croissantes de soins de proximité à un coût acceptable en regard des ressources nationales sans obéir les moyens qu'il doit mettre au service de la médecine de pointe que réclame aussi la population. Le devenir du CHU intègre l'indispensable refondation des Sablons dès lors que les laboratoires, le plateau technique auront pris leur place. Le pôle neurologie-psychiatrie réuni à Nord voisine heureusement avec l'imagerie et l'Institut des neurosciences. L'ouverture tant attendue de l'hôpital Couple-enfant dont le doyen Roget rêvait règle enfin la cohérence des prises en charge défectueuses depuis des années. La réorganisation de l'Hôpital Sud autour de l'orthopédie, de la traumatologie, de la rhumatologie et enfin aussi de la rééducation fonctionnelle donne à ce volet Sud du CHU une visibilité. La place de la gériatrie devient progressivement à la hauteur de l'idée que s'en faisait son créateur à Grenoble, le professeur Robert Huguonot.

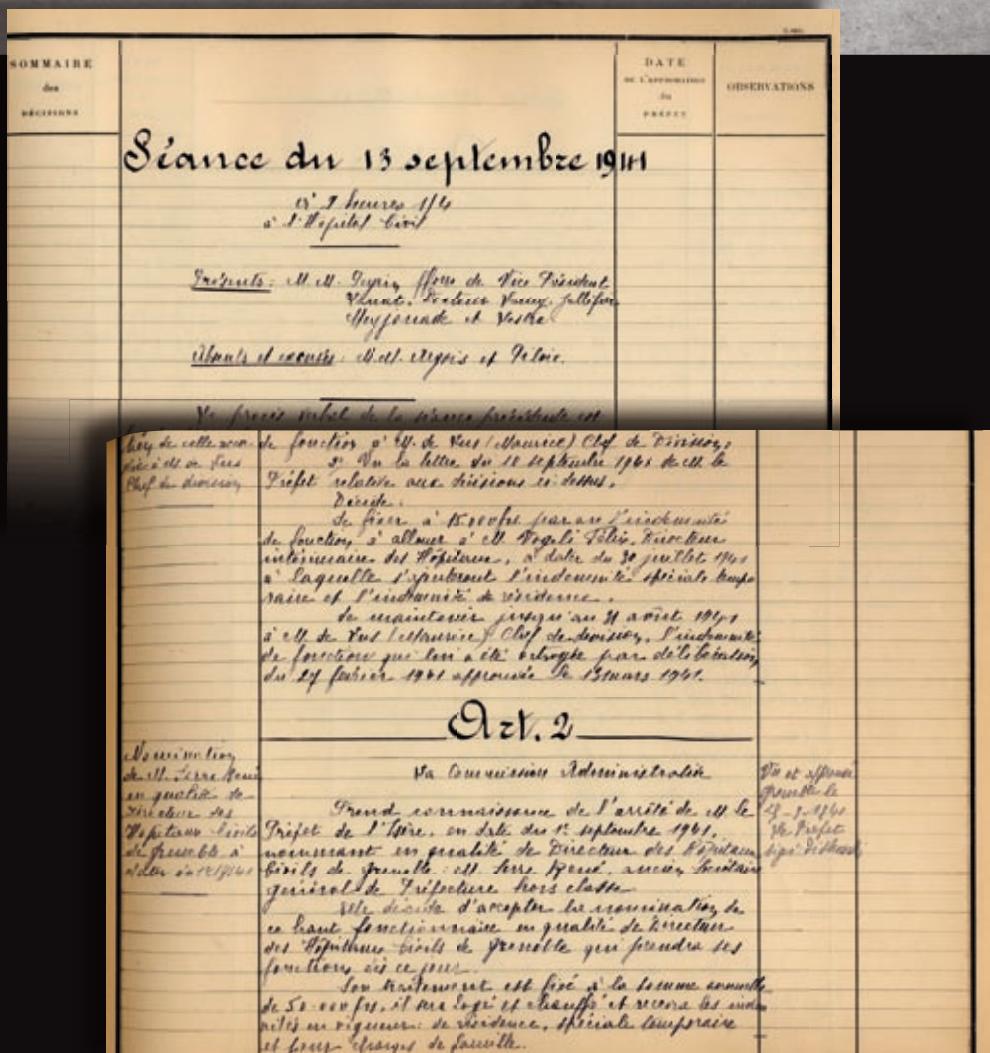
L'avenir est plus prometteur que les difficultés de ce jour ne le laissent entendre, ce n'est ni la première ni la dernière fois que l'évolution de l'hospitalisation à Grenoble pose autant de problèmes qu'elle souhaite en résoudre.

• Jean Perret est ancien professeur de neurologie au CHU de Grenoble et ancien président de la CME.

• Daniel Grunwald est ancien cardiologue et président du Conseil de l'Ordre des médecins de l'Isère.



**Archives
hôpitalières,
vol. 25. Séance
de la commission
administrative du
13 septembre 1941.**



Les progrès de la médecine dans la deuxième moitié du XX^e siècle ont entraîné une mutation profonde de la place et du rôle des établissements hospitaliers. Cela a nécessité des transformations radicales de l'organisation administrative et logistique des hôpitaux publics. Quelques exemples illustreront cette véritable révolution... qui se poursuit en ce début de XXI^e siècle.

1941-2010 : une succession de réformes dans l'hôpital public

MARC CHRÉTIEN

L'Hôpital, un établissement public sanitaire et social

La loi du 21 décembre 1941, relative aux hôpitaux et hospices publics, complétée par le décret du 17 avril 1943, transforme profondément la conception de l'hôpital public. Réservé alors aux plus démunis, mais accueillant également quelques malades payants, l'hôpital s'ouvre à toutes les classes de la société. Ses recettes changent de nature devenant liées aux activités de soins grâce à la généralisation du prix de journée, et prévalent progressivement sur ses autres recettes (legs, dons, subventions, gestion du patrimoine). La mission de l'hôpital passe ainsi d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance et de soins aux malades.

La loi de 1941 établit un classement géographique des hôpitaux en distinguant les établissements à caractère communal tel que les centres hospitaliers généraux et les centres hospitaliers régionaux. Le pouvoir de gestion est confié au directeur dont la fonction est ainsi créée. Le décret de 1943 organise l'hôpital en services de médecine et de chirurgie. Au lendemain de la naissance de la Ve République, l'ordonnance du 30 décembre 1958, (réforme Debré) crée, les centres hospitaliers et universitaires (CHU) et réforme l'enseignement médical. La médecine hospitalo-universitaire est ainsi structurée et l'offre hospitalière recomposée. La réforme Debré instaure une pratique médicale hospitalo-universitaire exclusive en créant le « temps plein » médical, alors qu'auparavant les médecins partageaient leur temps entre la Faculté de médecine, l'Hôpital et leur cabinet médical en ville.

La loi du 31 décembre 1970 : mise en place d'un service public hospitalier ouvert au privé et création de la carte sanitaire

Cette loi portant réforme hospitalière définit les bases du grand service public hospitalier, assuré non seulement par les établissements d'hospitalisation publics mais aussi par les établissements de soins privés à but lucratif ou non, ayant manifesté l'intention d'assurer une ou plusieurs des missions de service public que sont les soins, l'enseignement, la recherche et la prévention. Laissant la possibilité aux médecins hospitaliers à temps plein d'assurer également une activité privée dans l'hôpital, cette loi donne la liberté de choix aux patients de leurs médecins et de leurs établissements, et tend à créer une complémentarité entre les établissements publics et privés. Elle esquisse également les outils d'une planification sanitaire sous le contrôle de l'État, représenté par le préfet. Chaque région est découpée en secteurs d'une taille suffisamment importante pour permettre l'instauration d'un plateau technique minimum. Les établissements (ou groupes d'établissements publics) sont soumis à la tutelle de l'Etat et sont administrés par un conseil d'administration composé de représentants des collectivités locales, des caisses d'assurance-maladie (jusqu'en 1996)¹, du personnel médical et non médical, et de personnalités qualifiées dont un médecin non hospitalier. Les missions de la commission médicale consultative (Cmc) et du comité technique paritaire (Ctp),

1. L'ordonnance du 24 avril 1996 supprimera leur représentation

devenu par la suite comité technique d'établissement (CTE), sont renforcées. Le 24 janvier 1987, la CMC devient délibérative et s'appelle désormais la commission médicale d'établissement (CME).

L'instauration de la dotation globale pour maîtriser les coûts de l'activité hospitalière

Les progrès technoscientifiques augmentent considérablement les coûts des soins. Les économistes et les politiques sont de plus en plus confrontés aux difficultés d'équilibrage des budgets de la santé, sans nuire à la qualité des prises en charge des malades. La loi du 19 janvier 1983 encadre les dépenses d'hospitalisation par la mise en place d'un budget global annuel pour chaque établissement et la création d'un forfait journalier hospitalier, dans un contexte budgétaire difficile. Cette réforme permet, de 1985 à 1990, de ralentir les dépenses hospitalières mais augmente les inégalités entre les établissements. La dotation globale favorise de fait l'inactivité pénalisant même les hôpitaux qui ont fait des économies par souci de productivité. Sont alors recherchés de nouveaux instruments de mesure plus fins et plus fiables pour quantifier l'activité hospitalière et en permettre une tarification plus précise, basée sur des «groupes homogènes de malades» (GHM) et un programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) introduit par Jean de Kervasdoué² sur un modèle américain. L'activité de l'hôpital est désormais décrite grâce au PMSI, valorisée sous forme de points ISA (indice synthétique d'activité) attribués à chaque GHM selon un référentiel national. La généralisation de cet outil mettra plus de treize ans avant de constituer un outil d'allocation de ressources, (décret du 6 août 1996). Le secteur privé lucratif reste quant à lui financé par le prix de journée, déséquilibrant ainsi le système de financement.

1991-1996 : une nouvelle évolution de l'Hôpital dans le cadre de la réforme ambitieuse du système de santé

La loi de 1991 pour l'hôpital public élabore et met en place le principe d'un projet d'établissement décliné en plusieurs projets interdépendants : le projet médical • le projet de soins infirmiers (en réponse au mouvement infirmier de 1988) • le schéma directeur des systèmes d'information et de l'informatique • le projet social (rendu obligatoire par la loi du 17 janvier 2002) • le programme de formation continue • le projet de gestion • le programme pluriannuel d'équipement • et le plan directeur. Ce projet d'établissement d'une durée de 5 ans doit être compatible avec les objectifs du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) également d'une durée de 5 ans. La loi prévoit de plus pour les établissements la possibilité de contrats avec l'État ou l'assurance-maladie, pour une période pluriannuelle, sur des objectifs et des moyens particuliers (les Com), également en conformité avec le SROS et le projet d'établissement.

La loi de juillet 1991 oblige par ailleurs les établissements non seulement à prodiguer des soins de qualité mais aussi à les évaluer. Les travaux de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale l'ADEM préfigurent les travaux de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)³. Une ordonnance de 1996 met en place des procédures d'accréditation (tous les 5 ans) des établissements hospitaliers à partir d'évaluations réalisées par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, appréciant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. L'objectif en est

d'assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et de promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé. Est aussi décrétée la présence de représentants des usagers au sein du conseil d'administration des hôpitaux (nommés par le préfet parmi les représentants des associations de patients). Des commissions de conciliation des litiges sont également créées comportant en leur sein, à côté des professionnels, des représentants des usagers.

Au plan financier, les ressources hospitalières s'intègrent au budget de la santé

L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) est voté chaque année par le parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale. Le gouvernement fixe ensuite pour chaque région la dotation hospitalière. Les ressources de l'hôpital sont désormais déterminées par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), créées en 1996. Celles-ci ont pour mission de répartir les moyens et les activités selon les établissements publics et privés.

Le plan de modernisation

Ce plan correspond à une série de mesures annoncées en France depuis 2002, visant à moderniser l'offre de soins, à freiner l'augmentation des dépenses de santé qui ne cessent de croître depuis plusieurs décennies, à pallier la vétusté des établissements en relançant l'investissement. Pour mettre fin aux effets négatifs de la dotation globale, une tarification à l'activité est instaurée appelée T2A. Les missions d'intérêt général (enseignement, recherche et innovation) sont garanties par une enveloppe spécifique.

De nombreuses et importantes réformes ont été mises en place par l'ordonnance du 2 mai 2005. Appliquée depuis le 1^{er} janvier 2007, cette ordonnance modifie le rôle et les attributions des instances hospitalières. Elle instaure une nouvelle gouvernance pour rapprocher les personnels médicaux, soignants et administratifs. Le conseil d'administration est désormais un conseil de surveillance (comité stratégique). Un nouveau conseil est créé : le conseil exécutif, composé à parité de membres de la direction et de médecins. Cette instance prépare les mesures pour élaborer et mettre en œuvre le projet d'établissement et le Com. Quant au Comité technique d'établissement (CTE), il reste consultatif.

Par ailleurs, la structure interne de l'hôpital est réorganisée en pôles d'activité. Actuellement le CHU de Grenoble compte 12 pôles cliniques, 5 pôles médico-techniques et 9 pôles administratifs et logistiques. Les pôles doivent contribuer à la mise en application des politiques institutionnelles, aux orientations stratégiques et transversales du projet d'établissement, à la politique de qualité et d'évaluation des pratiques professionnelles, au projet de prise en charge du patient avec une démarche contractuelle au projet de gestion.

L'avenir

En 2010, les Agences régionales d'hospitalisation seront remplacées par les Agences régionales de santé chargées du pilotage de la politique de santé au niveau régional. Plusieurs réflexions sont par ailleurs menées sur les évolutions futures des établissements hospitaliers. La commission «Larcher», du nom de l'ancien président de la Fédération hospitalière de France, sénateur, ministre du travail et

². Professeur d'économie et de gestion et directeur des Hôpitaux au ministère de la Santé de 1981 à 1986.

³. Crée par l'ordonnance hospitalière d'avril 1996 et remplacée le 1^{er} janvier 2005 par la Haute autorité de santé (Has).

Extraits de la charte du patient hospitalisé. Si les réformes successives modifient l'organisation administrative et médicale de l'Hôpital, elles placent progressivement le patient au cœur du système de soin. Ainsi, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (circulaire ministérielle du 2 mars 2006) garantit pour tout patient s'adressant à un établissement hospitalier – public ou privé – le respect de sa personne.

Libre choix de l'établissement de santé

Service public hospitalier accessible à tous

Qualité d'accueil, de traitement et de soins

Soulagement de la douleur

Information médicale accessible et loyale

Consentement libre et éclairé du patient

actuel président du Sénat, a remis un rapport sur ce sujet en 2008. Elle préconise l'assouplissement du statut actuel de l'hôpital en proposant :

- la gestion de communautés de territoire (regroupement d'établissements) ;
- un pilotage rénové (une nouvelle gouvernance) ;
- une plus grande souplesse de gestion (les hôpitaux ne seraient plus soumis systématiquement au code des marchés publics) ;
- des salaires négociables pour les médecins ;
- un renforcement des obligations de service public des cliniques ;
- une limitation du recours aux urgences, etc.

Une nouvelle commission dite « Marescaux » (du nom du professeur Jacques Marescaux), récemment mise en place, est chargée de formuler des propositions sur l'évaluation des CHU et leur place dans le maillage territorial. Enfin, le projet de loi HPST (Hôpital patient santé territoire) est actuellement en cours d'étude au parlement. Il vise à promouvoir de profondes modifications dans l'ensemble de l'offre de soins aussi bien hospitalière qu'ambulatoire. Pour appliquer les progrès et transformations permanentes des prises en charge de la santé, et ainsi répondre au mieux aux besoins et attentes des usagers et des professionnels de santé, demain comme hier, nul doute que l'hôpital du futur devra encore et toujours évoluer, s'adapter et se réformer.

• Marc Chrétien est représentant syndical et administrateur du CHU de Grenoble.

Confidentialité et respect de la vie privée



Hôpital Couple-enfant.
Cliché CHU.



Nouveaux édifices hospitaliers du XXI^e siècle.

De haut en bas : l'Hôpital Couple-enfant, site Nord, a ouvert pour moitié fin 2008. Architectes Zublena & Cabannes (cabinet SCAU).

L'Institut de rééducation, site Sud, accueille

depuis juin 2009 les unités du Chu autrefois situées sur le plateau des Petites Roches, à 25 km de Grenoble. C+t architecture.

L'Institut de biologie, site Nord, sera achevé début 2010 et regroupera

dans un bâtiment innovant largement mutualisé tous les laboratoires de biologie et de pathologie

actuellement dispersés dans l'Hôpital Michallon. Cliché C. Pépin-CHU.

La modernisation du plateau technique de l'Hôpital Michallon passe par l'extension d'un

bâtiment satellite de 1 300 m² dans lequel

seront transférés fin 2012 les activités de réanimation, les blocs opératoires et l'accueil des urgences. Architectes Beau & Vanhaecke.

La première décennie du XXI^e siècle voit le CHU confronté aux problèmes de modernisation de l'ensemble des grands CHU : vétusté de l'ensemble des sites, en termes de plateaux techniques, d'hôtellerie, de surfaces dédiées aux activités ambulatoires, d'installations techniques (eau, air, électricité, ascenseurs, accès et stationnements).

Par des plans d'investissement successifs, les gouvernements qui partagent ce constat tentent de répondre à ce besoin de modernisation et lancent le plan Hôpital 2007 puis le plan Hôpital 2012, dans un contexte financier dégradé pour l'assurance-maladie, et pour les établissements de santé. Les questions majeures posées par des bâtiments centenaires (maternité, gériatrie et pédiatrie) ou ouverts il y a trois ou quatre décennies (Sud et Michallon respectivement) appellent des réponses différencierées, dans un contexte urbanistique global.

Construire l'Hôpital de demain

JEAN DEBEAUPUIS

87

L'Hôpital Couple-enfant, en première priorité

Les bâtiments centenaires sont en cours de destruction pour libérer l'espace nécessaire à l'Hôpital Couple-enfant (Hce) dont la première moitié a été ouverte en octobre 2008. La seconde le sera début 2011. La trame pavillonnaire de l'Hôpital civil cède donc le pas à la lumineuse et accueillante réalisation des architectes Aymeric Zublena et Bernard Cabannes. Le traitement réussi du parvis met en valeur l'Hôpital Couple-enfant et redonne vie au porche d'entrée de l'Hôpital civil inauguré en 1913 et aux bâtiments qui l'entourent. Les deux pavillons situés derrière l'Hce, Chissé et Moidieu, sont appelés à une désaffection prochaine, mais pourront être reconvertis à des usages non cliniques.



L'Hôpital Couple-enfant supplante les pavillons de l'ancien Hôpital civil et offre des espaces intérieurs colorés. Clichés C. Pépin-CHU, cabinet SCAU.



À compter de 2011, les actuels bâtiments de pédiatrie inaugurés en 1939 sont appelés à être détruits, d'autant qu'un aménagement régional majeur est à l'étude : le chantier de la rocade Nord, dont la réalisation modifiera en profondeur le carrefour des hôpitaux. Le Conseil général, maître d'ouvrage, prévoit d'enterrer cette nouvelle infrastructure aux abords du CHU, depuis l'échangeur prévu à la Chantourne, futur accès du site hospitalier Nord, jusqu'à l'entrée du tunnel sous la Bastille, entre l'immeuble du Rachais, œuvre de Maurice Novarina, et la nouvelle maison de retraite des Petites sœurs des pauvres. Enjeu urbanistique majeur de l'entrée nord-est de l'agglomération, la réalisation de la rocade Nord prévoit de mettre en valeur les berges de l'Isère et devra préserver les conditions d'accès optimales au CHU, équipement d'intérêt régional. En revanche, les deux immeubles de grande hauteur Sud et Michallon, les deux principaux bâtiments du CHU, ouverts respectivement en 1967 et 1975, ont fait l'objet d'une décision lourde de mise en sécurité et rénovation, plutôt que d'une reconstruction complète. Ces deux ensembles demeurent de belle facture et peuvent accueillir des rénovations de qualité.

Le site Sud rénové et conforté dans sa mission

L'Hôpital Sud, de moindres dimensions, a fait l'objet de rénovations et mises en conformité (incendie, bloc opératoire) entre 2005 et 2007 qui ont permis des résultats tangibles :

- déclassement de la catégorie Immeubles de grande hauteur (IGH), et avis favorable à l'exploitation après travaux ;

- rénovation complète du bloc opératoire de quatre salles d'orthopédie, confortant l'avenir de ce site pour les décennies à venir ;
- reconstruction sur le site Sud des unités de rééducation des Petites Roches, intégrées au CHU en 2003, avec une réalisation fonctionnelle et attractive de M. Triacca (C+T architecture), qui conjugue insertion dans le site, articulation avec le bâtiment historique et jeu avec l'espace intérieur et extérieur, en recomposant l'entrée du site et du nouvel ensemble, avec une accessibilité désormais totale inauguré en juin 2009 ;
- transfert de l'ensemble des unités de psychiatrie de Sud dans des locaux rénovés (pavillon Dominique Villars sur le site Nord) ou reconstruits (Hôpital de jour de pédopsychiatrie sur le site de Saint-Ismier fin 2009, une unité adulte sur le site du CH de Saint-Égrève en 2010), permettant la démolition d'un ancien V120 de gériatrie, inadapté à tout usage moderne,
- reconstruction sur le site Sud des unités de gériatrie en 2005. La démolition de la psychiatrie ouvre l'opportunité de doubler les unités de gériatrie, en y transférant la maison de retraite de La Bâtie, ainsi que l'unité de long séjour de Chissé sur le site Nord, deux structures également vétustes et isolées.

Deux extensions différentes seront achevées sur le site Sud courant 2009 pour les bâtiments modernes d'hôtellerie et restauration, qui s'avéraient exigus après une dizaine d'années de fonctionnement. Enfin, le bâtiment des écoles de formation (sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et manipulateurs d'électroradiologie) est appelé à être rénové en conservant une nouvelle fonction d'enseignement : la perspective de la licence santé conduit en effet le CHU et l'UJF à reconstruire sur le domaine universitaire de Saint-Martin-d'Hères des locaux d'enseignement pour tous les étudiants de niveau licence, dont les étudiants actuels du site Sud ; les écoles actuelles de Sud pourraient ainsi être rénovées en 2012 et accueillir les élèves ne relevant pas du niveau licence. Une reconfiguration complète du site Sud est ainsi en vue, à l'horizon du projet d'établissement 2011-2015, intégrant des préoccupations renforcées d'environnement, d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite et d'accès en transports en commun. La pérennité de ce site, qui pourra encore évoluer — mais représente environ 20 % des capacités, activités et personnels du CHU — justifie en effet qu'il bénéficie aussi vite que possible d'un accès en tramway, dont l'opportunité peut être trouvée avec l'extension jusqu'à Grand'Place de la nouvelle ligne D.

L'Hôpital Michallon entièrement reconfiguré par étapes

La haute stature de l'Hôpital Michallon, visible de tout Grenoble et de ses alentours, marque l'ambition de ses concepteurs et commanditaires, dont le Dr Albert Michallon, maire de Grenoble et chirurgien : disposer à Grenoble d'un établissement moderne et attractif comme la Mayo Clinic dans les années soixante. Sa rénovation, trente ans après son ouverture, constitue un défi hospitalier exceptionnel en France, par sa taille (160 000 m² construits) et son caractère d'IHG. Ouvert en 1975, à une époque moins soucieuse des normes et réglementations, il n'a jamais disposé d'une autorisation d'ouverture des services d'incendie et de secours, et ne dispose pas à ce jour d'avis favorable à l'exploitation. L'exceptionnel programme de mise en sécurité et de rénovation préparé depuis l'an 2000 est réalisé depuis 2005 avec l'accord plein et entier des services compétents, et comme perspective ultime, sa mise en conformité.

Définie dans le cadre du projet d'établissement 2000-2004, approuvé par l'Agence régionale de l'hospitalisation, la stratégie de rénovation de l'IHG Michallon est double : interne et externe. Elle est dictée par d'incontournables contraintes techniques, organisationnelles et économiques, mais mise au service d'un objectif médical et soignant lisible et partageable : transformer une structure de soins, d'enseignement et de recherche conçue il y a quarante ans, en un cadre d'accueil, de prise en charge et de travail adapté aux enjeux du XXI^e siècle. Elle doit redevenir attractive pour les patients et les personnels, et garantir la meilleure qualité et sécurité des soins possibles. Ceci n'est évidemment concevable que par une évolution majeure des organisations, des flux et des espaces.

Si, en 1975, la durée moyenne d'une hospitalisation était de trois semaines, elle est aujourd'hui de cinq jours. Trois décennies de croissance continue des consultations, des passages aux urgences et des hospitalisations de moins de 24 heures, ont conduit à une explosion des flux et des surfaces, et à un engorgement des circulations, aujourd'hui totalement inadaptées. Chaque étage dispose d'une ou deux consultations, jusqu'au quinzième étage, surchargeant des circulations verticales qui n'ont jamais été conçues pour les flux actuels. L'accueil principal en étage des entrées et consultations sur le parvis Belledonne (rez-de-chaussée haut) demeure une aberration, qui concernait même les urgences jusqu'en 1995 avec la rampe hélicoïdale conduisant les ambulances jusqu'au poste des urgences, aujourd'hui détruite. Les urgences ont été relocalisées côté Chartreuse au rez-de-chaussée bas, mais les surfaces restent encore insuffisantes malgré les rénovations successives, la dernière en 2005.

Retrouver un accès et un accueil lisible, confortable et rassurant n'est donc possible qu'en retrayant les deux accès principaux, Belledonne et Chartreuse, au même niveau, le rez-de-chaussée bas, avec des accès transports en commun et stationnement correctement dimensionnés. La réorganisation interne, programmée dans le cadre des projets d'établissement 2006-2010 et 2011-2015, vise donc à relocaliser au rez-de-chaussée bas les consultations à forts flux, à mutualiser des surfaces ambulatoires facilement accessibles dans les étages inférieurs (surfaces libérées par les laboratoires de biologie en 2010), et à rendre aux unités d'hospitalisation de Michallon leur vocation exclusive d'hospitalisation de plus de 24 heures, avec le confort hôtelier maximal en termes de lits en chambres individuelles. Seulement 20 % des lits actuels de Michallon sont en chambres individuelles, constat très éloigné du ratio de 80 % généralement retrouvé dans toutes les opérations du plan Hôpital 2007. Ce dernier objectif conduit donc à repenser entièrement les unités d'hospitalisation, en recherchant l'utilisation optimale de l'espace pour les soignants et les personnels, avec une organisation soignante qui soit économique, en termes d'effectifs par lit, tout en étant ergonomique, en termes de déplacements et de surveillance, sans oublier la problématique des espaces de travail des professionnels médecins, cadres et soignants, bureaux et offices de soins.

Cette stratégie interne, affinée depuis 2005, s'appuie sur une rénovation, en profondeur, des installations techniques de toutes natures (production et circuits d'eau, traitements d'air, distribution électrique, courants forts et courants faibles, circulations verticales), et sur une mise en sécurité incendie aux standards actuels (compartiments et sas, désempumage, détection incendie généralisée), qui peuvent

avec précautions être réalisées en site occupé, c'est-à-dire en maintenant en fonctionnement l'essentiel du bâtiment, à quelques délocalisations temporaires près. Mais ceci n'est rendu possible que par deux extensions majeures, qui libéreront des surfaces suffisantes (15 000 m²) pour engager une redistribution et une réorganisation en profondeur des espaces.



90

Pose de la première pierre de l'Institut de biologie et pathologie, février 2008. De gauche à droite : Michel Rémon architecte, Jean Debeaupuis, directeur général, Farid Ouabdesselam, président de l'UJF, Michel Destot, président du conseil d'administration, Geneviève Fioraso député de l'Isère, Bernard Sèle, doyen de l'UFR de médecine, Renée Grillot, doyen de l'université de pharmacie, Daniel Seigneurin, responsable du pôle médical du pôle biologie, Luc Barret, président de la CME.

proximité des stationnements les plus importants, avec un cheminement plus accessible de la station de tramway Grands Sablons ; l'entrée Chartreuse rénovée demeurera l'accès le plus proche du tramway B (arrêt Michallon) et des urgences, le Nouveau plateau technique intégrant en outre un accès véhicules et piétons redimensionné pour les urgences et la chirurgie ambulatoire. Entre la mise en service de l'Institut de biologie et pathologie mi-2010 et celle du Nouveau plateau technique fin 2012, les premières étapes de rénovation intérieure de l'Hôpital Michallon devraient être livrées : consultations à fort flux et nouvelle entrée Belledonne, nouveaux espaces ambulatoires dans les unités libérées par la biologie.

Au-delà, une rénovation majeure des unités d'hospitalisation Chartreuse et Belledonne pourra être engagée, selon les priorités médicales du projet d'établissement 2011-2015, en renforçant la cohérence des espaces d'hospitalisation rénovés avec la nouvelle organisation en pôles d'activité depuis le début 2007 :

- l'ensemble des spécialités céphaliques adultes et de l'orthopédie-traumatologie Nord a vocation à occuper l'aile Chartreuse (étages 4 à 8), les étages 3 et 9 ayant une vocation différente (gériatrie aiguë au 9, néphrologie et autres au 3) ;
- les différents pôles d'activité ont vocation à occuper l'aile Belledonne (étages 3 à 15), l'ensemble pathologies digestives et métaboliques, l'ensemble cardiovasculaire et thoracique (étages 8 à 10), les ensembles médicaux pôle cancérologie (étage 5 et 6), pôles pluridisciplinaires de médecine et médecine aiguë et communautaire ;

Les instituts de recherche et autres pavillons du site Nord

Il n'est pas inutile de présenter enfin l'environnement de l'Hôpital Michallon :

- le pavillon de neurologie, partiellement rénové, devrait conserver sa vocation au-delà de la rénovation de Michallon : il date des années 1960, mais sa rénovation actuelle l'intègre pleinement dans le quartier neurosciences que constitue le bâtiment universitaire Edmond J. Safra réalisé par le cabinet d'architectes Dacbert et associés (Paris) en 2007, qui abrite le Grenoble Institut des Neurosciences (GIN) et le bâtiment IRM à proximité de Michallon ;

- le pavillon du SAMU (pavillon Coirier) répond également à une vocation spécifique, centre de télécommunications et base de véhicules ;
- le pavillon Chatin, rénové, garde la vocation de médecine et soins de suite gériatriques en complément de l'hôpital Michallon ;
- les pavillons universitaires Institut Albert Bonniot, construit en 1995 et Taillefer, rénové en 2003, constituent l'autre quartier recherche, entrée Est du site, qui pourra évoluer selon le devenir du site voisin du Centre de recherche du Service de santé des armées, ancien hôpital militaire voisin de l'hôpital civil de Grenoble ; le pavillon Taillefer, ancien pavillon D construit en 1922, présente l'architecture caractéristique du sanatorium et devrait traverser les rénovations comme témoin de sa fonction antérieure : il a hébergé de la médecine interne jusqu'en 2000 environ.

Des pavillons de caractère inégal entourent la chapelle de l'ancien site pavillonnaire, fort heureusement préservée comme musée grenoblois des Sciences médicales, avec le soutien actif du Conseil général de l'Isère :

- le pavillon Dauphiné a été construit en 1995 pour accueillir la direction générale auparavant située dans l'Hôpital Michallon ;
- le pavillon des écoles, composite, est probablement appelé à disparaître après 2013, quand l'ensemble des instituts de formation auront été reconstruits ;
- le pavillon de la Trésorerie est un ancien sanatorium ou pavillon C ;
- le magasin, ancien pavillon Gerin de gynécologie-obstétrique, changera prochainement de fonctions, quand la logistique du CHU prendra place en septembre 2009 dans un entrepôt industriel rénové à Domène ;
- un autre pavillon a déjà cédé la place au pavillon des Écrins, moderne et accueillant, livré en 2005 pour permettre les opérations tiroirs internes à Michallon ;
- le pavillon E accueillera une maison des usagers et des associations, des réseaux de soins, et le pavillon Saint-Eynard regroupe près de l'arrêt du tramway Grands Sablons différentes fonctions, dont l'accueil des populations précaires.

En conclusion

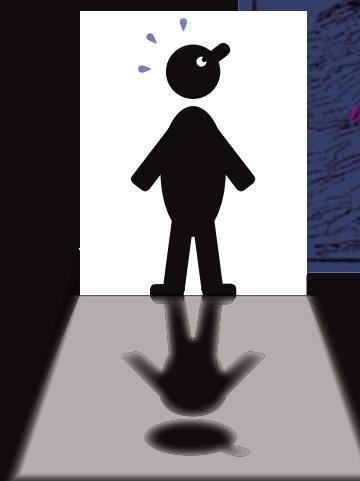
Si chaque construction ou rénovation ajoute sa note architecturale, les deux sites hospitaliers du XX^e siècle, Nord et Sud, représentent des enclaves importantes sur les territoires des communes qui les supportent : La Tronche et Échirolles, respectivement de 30 et 15 hectares. L'ensemble, complété par les terrains de l'Université de Grenoble — Université Joseph Fourier et son UFR de médecine, soit 15 autres hectares — et potentiellement les terrains cités du CRSSA, trois hectares propriété du ministère de la défense, constitue un pôle santé CHU-UJF d'importance régionale. Il est en effet le premier émetteur de flux de transports de l'agglomération grenobloise, avec plus de 8 000 salariés, 500 000 consultants, 150 000 hospitalisés par an, et de très nombreux usagers. La qualité architecturale et urbanistique des deux sites, aux entrées nord-est et sud de l'agglomération, constitue un patrimoine collectif dédié aux fonctions de soins, d'enseignement et de recherche en santé. Les financements publics et privés ont vocation à le moderniser et le préserver, l'améliorer et l'embellir au sens large. Cette modernisation appelle des transformations architecturales et urbanistiques de qualité, à la hauteur des enjeux de société que représentent ces sites et les remarquables équipes qui y travaillent au service de la population de l'agglomération grenobloise et de la région Rhône-Alpes.

- Jean Debeaupuis est directeur général du CHU de Grenoble.

91



La Mort
Allégorie, Larousse universel en deux volumes, Paris, 1923, revue en 2009 par Thomas Lemot.



L’histoire de l’architecture, et notamment celle de l’hôpital, permet incontestablement de retracer toutes les grandes étapes qui ont marqué le cheminement de la culture et de la société, et singulièrement dans le rapport que les hommes ont entretenu, et entretiennent, avec la mort.

Si comme le pensait déjà Schopenhauer, la mort est à l’origine même de la pensée et de la réflexion, il y a bien en elle un précipité d’angoisses, de fantasmes, d’imaginaire, à travers lesquels les hommes ont toujours essayé de donner un sens à leur existence. L’hôpital, par-delà ses contraintes techniques ou hygiénistes, qui ont bien souvent présidé aux grands choix structurels comme par exemple l’abandon de l’organisation pavillonnaire, en dit long sur la manière dont les hommes appréhendent l’Inéluctable et l’Irréversible.

Si en effet, comme aimait à le rappeler Freud, la sexualité et la mort, Éros et Thanatos, circonscrivent les deux énigmes de la psyché, toutes les cultures se sont jusqu’à présent employées à essayer de les représenter et de les métaphoriser. Nul ne doute que la religion ait servi pendant longtemps aux hommes de cadre institutionnel et communautaire pour juguler la crainte panique de l’au-delà et des affres de l’Hadès. Comme l’ont bien montré Michel Foucault et Marcel Gauchet, la révolution démocratique du XVIII^e siècle a ébranlé en bonne partie ces dispositifs traditionnels du lien à la mort. Une représentation en était alors possible, qui par-delà les avancées de la médecine et des techniques, lui permettait d’être intériorisée, bien que sous des formes diverses, en chacun de nous, comme une donnée incontournable du vécu. La mort était alors inscrite, sous l’effet massif du discours religieux, au cœur de l’humain, non pas comme un événement contingent et en partie étranger, mais comme le centre de gravité d’une signification existentielle, qui échappait en définitive à la maîtrise des individus. Il y a dans *Les Pensées* de Pascal des pages remarquables, qui disent ce dessaisissement de l’homme par lui-même, que suggère et qu’évoque instantanément l’Idée même de la mort.

Or notre époque, et avec elle la culture de « *l’homo democraticus* », en a sans doute définitivement terminé avec cette dimension anthropologique, où la mort intériorisée lestait toujours une vie singulière dans une dynamique transgénérationnelle. Le scientisme triomphant de la fin du XIX^e siècle, baptisé *positivisme* par Auguste Comte, et relayé par les progrès technologiques du XX^e siècle, a fini par faire de la mort quelque chose de plus en plus médicalisé. L’architecture hospitalière en témoigne, ne s’étalant plus dans un espace géographique horizontal, mais s’érigeant désormais verticalement dans des tours qui n’ont rien à envier aux plus modernes réalisations des architectes contemporains.

À défaut de cette intériorisation de la finitude de l’existence humaine, et du coup d’une possible représentation de la mort sous la forme d’une métaphore, que la notion même « d’au-delà » ne cesse de suggérer, nous sommes ainsi passés à une pure présentation de celle-ci sous les auspices d’une médicalisation technique, ou sous les scénarios, bien plus pervers, d’une fascination hypnotique pour la morbidité. Peut-être qu’un jour viendra, où nous aurons la chance de pouvoir assister en direct à des émissions de téléréalité, tournées au cœur de l’hôpital entre la salle de réanimation et les urgences...

La transparence et l’obstacle

BRUNO JEANMAR

La médicalisation technicienne induit une incidence essentielle chez nos contemporains, consistant à penser qu'à terme, la médecine pourrait enfin avoir raison de la maladie et du vieillissement, repoussant indéfiniment les limites temporelles du vécu. La chirurgie dite esthétique surfe déjà sur la vague de ce scientisme arrogant, qui promet une jeunesse éternelle. Dans ce processus d'un déni généralisé de la mort, celle-ci ne disparaît pas pour autant de l'existence humaine. Bien au contraire ! Elle s'impose désormais comme un obstacle, une butée extérieure et étrangère à la vie, et non plus comme la condition de possibilité ultime pour que celle-ci puisse être un tant soit peu humanisée.

À cette intériorisation de la mort que nous évoquions plus haut se substitue donc aujourd'hui son extériorisation dans un imaginaire où le « bio » — sous tous ses visages ! — revêt une valeur absolue et en droit incontestable. À la représentation de la mort, qui exige comme il se doit tout un travail psychique, se substitue par conséquent la pure présentation « des forces qui s'opposent à la vie » pour reprendre la fameuse expression de Bichat. Soit : la mort comme force, comme ennemi de l'intérieur ou de l'extérieur, dont l'hôpital doit symboliquement défier la puissance maléfique...

Simultanément à cette nouvelle manière qu'a *l'homo democraticus* de se rapporter à la finitude, et donc à lui-même, la morbidité devient progressivement l'objet d'un véritable culte, décliné sous des modalités perverses extrêmement diverses. Goût du risque extrême, fascination pour la violence, jeux vidéo ou émissions télévisuelles, mettent en scène ce que Freud appelait la pulsion de mort et le voyeurisme qui lui est bien souvent afférent. La mort, autrefois sacrée et obligeant les hommes au respect, devient aujourd'hui sous l'effet de la société du spectacle, une réalité qui se doit d'être tangible, offerte au regard et à la visibilité sociale. Le nouveau monde de l'image a eu ainsi pour effet de libérer les hommes des dernières contraintes symboliques, qui étaient censées circonscrire depuis toujours son humanité, et dont la mort constituait une des pierres angulaires. Mais évidemment, toutes choses ayant un coût, cette opération s'est chèrement payée. Car c'est désormais la frontière entre la vie et la mort qui est devenue éminemment problématique, comme si celle-ci ne devait plus constituer véritablement une barrière infranchissable, tacitement reconnue et acceptée comme telle. Là aussi, nous retrouvons le vieux démon de l'immortalité, mais aussi bien, et plus radicalement encore, la mort comme objet esthétique, référent artistique, que l'on va pouvoir toucher et exhiber dans les musées ou les galeries.

Depuis quelques années, un médecin légiste allemand s'est fait le champion de cette toute nouvelle perversion — car il faut bien appeler un chat un chat ! — consistant à exposer des cadavres soigneusement travaillés dans des postures de la vie quotidienne. Günther von Hagens, puisque c'est son nom, « plastine » des cadavres encore frais en les trempant d'abord dans un bain d'acétone, pour ensuite injecter dans les tissus de la résine d'époxy et leur faire prendre ainsi la posture souhaitée. On y trouve ainsi le joueur d'échecs, le coureur, une femme enceinte encore jeune mais éventrée, avec le fœtus posé juste à ses côtés... Bref un vrai délice pour l'œil avisé de nos modernes nécrophiles. D'autant que les expositions de notre homme semblent faire recette pour devenir un authentique événement artistique planétaire.

Cette exhibition de la mort comme marchandise, comme objet d'art, comme force maléfique à défier ; le culte du « bio » comme d'un « jeunisme » exacerbé, caractérisent sans nul doute notre modernité. L'hôpital n'échappe pas à ces grandes mutations culturelles, où le patient devenu de plus en plus un usager, un consommateur de soins, inscrit et fantasme dans un même lieu, à la fois la puissance de la Science et l'attente magique d'une vie enfin débarrassée des tourments de sa finitude.

• Bruno Jeanmar est professeur de philosophie à l'École de pupilles de l'air de Montbonnot-Saint-Martin.

© Musée grenoblois des Sciences médicales • CHU de Grenoble
Maquette : Thomas Lemot
Achevé d'imprimer sur les presses de l'imprimerie des Eaux-Claire
à Échirolles (Isère), le ??? septembre 2009
Dépôt légal : octobre 2009
ISBN : ????????????