

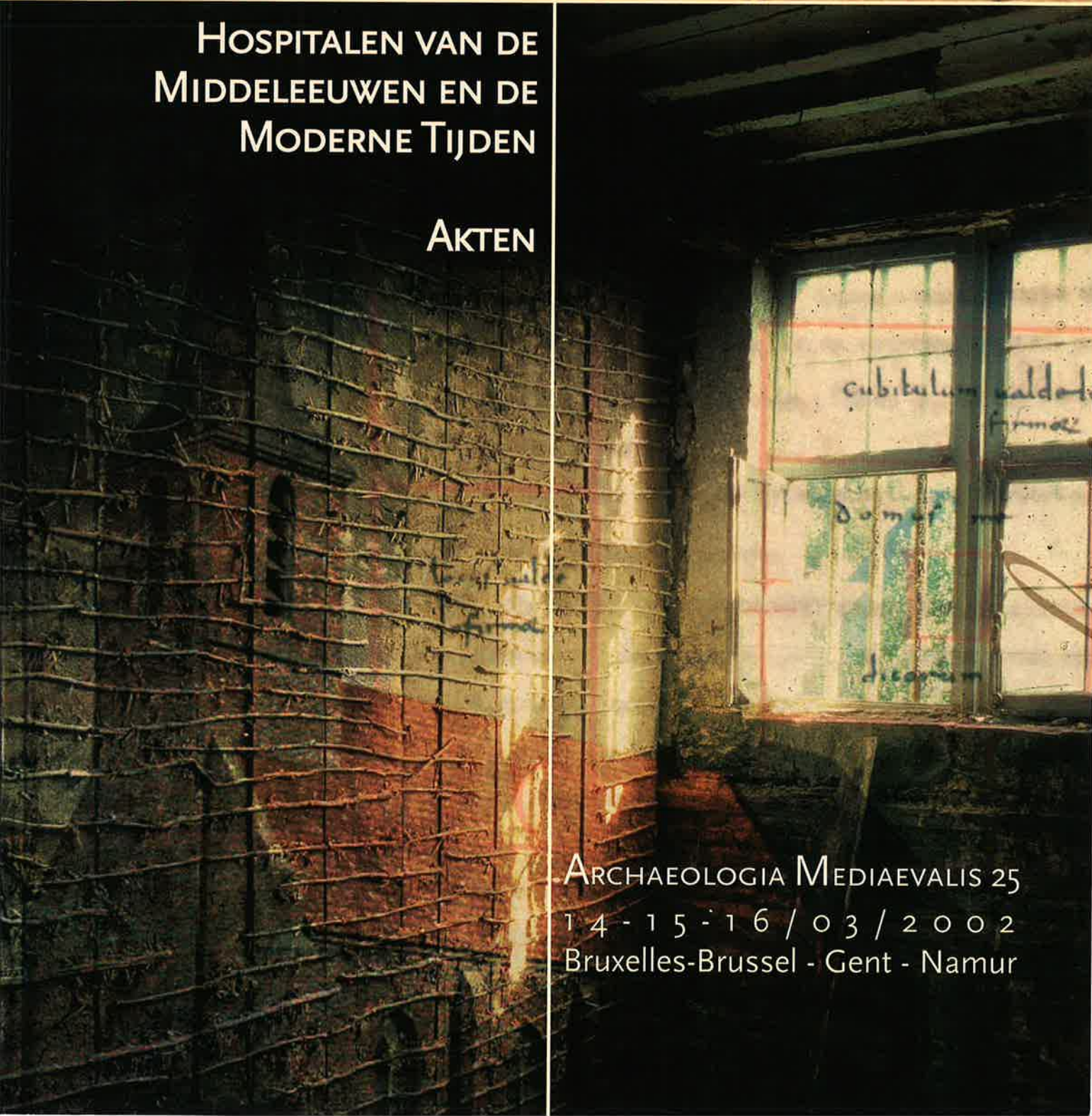


**HÔPITAUX DU MOYEN ÂGE
ET DES TEMPS MODERNES**

ACTES

**HOSPITALEN VAN DE
MIDDELEEUWEN EN DE
MODERNE TIJDEN**

AKTEN



ARCHAEOLOGIA MEDIAEVALIS 25
14 - 15 - 16 / 03 / 2002
Bruxelles-Brussel - Gent - Namur

ARCHAEOLOGIA
MEDIAEVALIS

BRUXELLES-BRUSSEL - GENT - NAMUR
14-15-16/03/2002

25

ACTES
AKTEN

HÔPITAUX DU MOYEN ÂGE ET DES
TEMPS MODERNES

HOSPITALEN VAN DE MIDDELEEUWEN
EN DE MODERNE TIJDEN

2007

Archeologie van de Middeleeuwen en de Moderne Tijden in België en aangrenzende gebieden
Archéologie du Moyen Âge et des Temps Modernes en Belgique et régions limitrophes
Mittelalterliche und Neuzeitliche Archäologie in Belgien und Nachbargebieten

Degraeve Ann (DMS Bruxelles-Capitale)
Demeter Stéphane (DMS Bruxelles-Capitale)
De Meulemeester Johnny (MRW Namur / Universiteit Gent)
De Poorter Alexandra (KMKG Brussel)
Henderickx Liliane (MRW Namur)
Hendrikx Johan (Stad Breda)
Laleman Marie Christine (DA Stad Gent)
Matthys André (MRW Namur)
Bis-Worch Christiana (MNHA Luxembourg)
Verbrugghe Geert (INRAP Châlons-en-Champagne)
UMR-7002, LAM-Est (Université de Nancy)
Vermeiren Geert (DA Stad Gent)

Coordination et mise en page / Coordinatie en paginaopmaak : Liliane Henderickx (MRW, DPat) .

Remerciements à Laetitia Cnockaert et Muriel Timmermans (asbl Archéologie namuroise) pour la compilation des textes et à Steve Pirard (MRW, DPat) pour les adaptations graphiques.
Dank aan Laetitia Cnockaert en Muriel Timmermans (asbl Archéologie namuroise) voor het compileren van de teksten en aan Steve Pirard (MRW, DPat) voor de grafische aanpassingen.

Dessin dos de couverture / Tekening achterkant van omslag : Nicola Mossakowska - Biface.
Couverture / Omslag : Laurent Feuillen (Met).

L'impression du présent volume a été prise en charge par la Direction des Monuments et des Sites de la Région de Bruxelles-Capitale.
Dit volume werd gedrukt met de financiële hulp van de Directie Monumenten en Landschappen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Sommaire / Inhoud

| | | |
|--|---|-----|
| Note liminaire | | 5 |
| Archaeologia Mediaevalis a 25 ans ! | André Matthys | 7 |
| La représentation de la vie hospitalière à travers l'iconographie médiévale | Danièle Alexandre-Bidon | 11 |
| Etude archéologique de l'ancien couvent des Frères Cellites à Liège dit « La Licorne ». De la peste à la folie. Quatre siècles au service des malades... | Catherine Bauwens, Caroline Bolle & Jean-Marc Léotard | 21 |
| De la salle commune à la chambre individuelle : l'évolution des infirmeries monastiques (XII ^e -XV ^e siècles) | Thomas Coomans | 29 |
| Implantation des hospices et hôpitaux à Bruxelles (XII ^e -XVIII ^e siècles) | Stéphane Demeter & David Guillardian | 53 |
| Les hôpitaux à Liège | Pierre De Spiegeler | 61 |
| Le sens de l'hospitalité à Bruxelles au Moyen Âge | Claire Dickstein-Bernard | 69 |
| Hôpitaux et hospitalité à Gand : L'apport de l'archéologie urbaine | Marie-Christine Laleman | 81 |
| Naissance et premiers développements des hôpitaux urbains | Griet Maréchal | 91 |
| Hôpitaux et léproseries entre Meuse et Rhin : approches spatio-temporelles | Michel Pauly | 101 |
| Le cadre de vie matériel des communautés hospitalières au Moyen Âge : apports et déficiences de l'archéologie | François-Olivier Touati | 113 |
| De geschiedenis van het Sint Maartensgasthuis te Bergen op Zoom | Marco Vermunt | 127 |

Note liminaire

Le comité d'organisation d'Archaeologia Mediaevalis a le plaisir de vous présenter enfin, après bien des vicissitudes, les actes du colloque sur les Hôpitaux, organisé il y cinq ans déjà à l'occasion de son 25^e anniversaire.

Archaeologia Mediaevalis avait choisi d'aborder le thème des hôpitaux du Moyen Âge et des Temps Modernes par une double approche archéologique et historique. Les communications données par des orateurs belges et étrangers dans les trois sièges du colloque (Bruxelles, Gand et Namur) étaient complétées par un programme de visites et, à Namur, par une exposition sur « Le sens de l'Hospitalité » présentée à l'Espace archéologique Saint-Pierre par l'asbl Archéologie namuroise.

Alors que le Cahier 10 de Monumenten & Landschappen publié en 2005 nous offrait un riche panorama de *L'architecture hospitalière en Belgique du Moyen Âge à l'Entre-deux-guerres*, le colloque célébrant le 25^e anniversaire d'Archaeologia Mediaevalis s'est intéressé aux origines médiévales des hôpitaux. Au travers des sources archéologiques et historiques, ces Actes dressent donc le portrait de différents types d'hôpitaux médiévaux, du lieu d'accueil charitable pour pèlerins et voyageurs (« hôtes ») à l'hôpital dans son acception moderne, soit un établissement de soins médicaux.

Le comité d'Archaeologia Mediaevalis remercie chaleureusement toutes les personnes qui ont permis la parution de ce volume et souhaite par ailleurs dédier ces actes à Monsieur André Matthys qui, en cette fin d'année 2007, mettra un terme à sa longue et fructueuse carrière d'archéologue médiéviste au Service national

Woord vooraf

Het organiserend comité van Archaeologia Mediaevalis heeft het genoegen u na veel wederwaardigheden uiteindelijk de akten voor te stellen van het colloquium over de Hospitalen dat werd georganiseerd ter gelegenheid van haar 25ste verjaardag.

Archaeologia Mediaevalis besloot het thema van de hospitalen uit de Middeleeuwen en de Moderne Tijden vanuit een dubbel gezichtspunt aan te snijden, zowel archeologisch als historisch. De voordrachten werden gegeven door Belgische en buitenlandse sprekers in de drie steden van het colloquium (Brussel, Gent en Namen). Het programma werd vervolledigd door diverse bezoeken en, in Namen, door een tentoonstelling omtrent "Le sens de l'Hospitalité" in de Espace archéologique Saint-Pierre door de vzw Archéologie namuroise.

Terwijl het Cahier nr. 10 van Monumenten en Landschappen, gepubliceerd in 2005, een rijk overzicht geeft van de hospitaalarchitectuur in België van de Middeleeuwen tot het Interbellum, richtte het colloquium voor de 25ste verjaardag van Archaeologia Mediaevalis zich tot de middeleeuwse oorsprong van de hospitalen. Doorheen de archeologische en historische bronnen beschrijven deze Akten dus de verschillende soorten middeleeuwse hospitalen: van een barmhartige opvangplaats voor pelgrims en reizigers ("gasten") tot het hospitaal in zijn moderne betekenis, nl. een instelling voor medische zorgen.

Het comité van Archaeologia Mediaevalis wenst alle personen die ervoor gezorgd hebben dat dit volume kon verschijnen, hartelijk te bedanken. Het comité wenst deze Akten tevens op te dragen aan Dhr. André Matthys, die, aan het des

des Fouilles, d'abord, et à la Division du Patrimoine de la Région wallonne, ensuite.

Le comité organisateur

eind van 2007, zijn lange en succesvolle carrière als middeleeuws archeoloog, eerst aan de Nationale Dienst voor Opgravingen, vervolgens aan de Division du Patrimoine van het Waalse Gewest, beëindigt.

Het organiserend comité

Archaeologia Mediaevalis a 25 ans !

André MATTHYS

Inspecteur général de la Division du Patrimoine (DGATLP, Ministère de la Région wallonne)

Depuis la seconde moitié du XIX^e siècle et la création de nombreuses sociétés d'archéologie et d'histoire, des fouilles dans les nécropoles mérovingiennes alimentent les publications savantes et les collections souvent exposées au public. Et si certains sites médiévaux sont parfois recoupés lors de fouilles, ils le sont de manière souvent anecdotique et ne constituent pas l'objectif principal du fouilleur dans sa quête de vestiges d'une plus haute antiquité. Il en sera de même durant toute la première moitié du XX^e siècle : services officiels créés au sein des musées, universités et sociétés savantes continueront à focaliser leurs recherches sur le Haut Moyen Age et ses cimetières. Hormis quelques rares exemples, l'archéologie médiévale n'a pas droit de cité et est délaissée pour des périodes plus anciennes. La méconnaissance de fossiles directeurs comme la céramique y est certainement pour beaucoup ; la fausse assurance de connaître ces périodes plus récentes illustrées par d'autres sources nombreuses comme les textes ou l'iconographie n'y est pas étrangère non plus.

Ce n'est que dans l'immédiat après-guerre et plus précisément avec la mise sur pied progressive d'un service archéologique qui aboutira, en 1963, à la création d'un « Service national des Fouilles » au rang d'établissement scientifique de l'Etat que l'archéologie médiévale prendra véritablement son envol. L'exemple étranger fut ici souvent déterminant. Pour se limiter à ce service et à cette période : Heli Roosens, en étroite contact avec l'école alle-

mande, continue et renouvelle nos connaissances en matière d'archéologie mérovingienne, Joseph Mertens entreprend de nombreuses fouilles dans nos églises et fortifications, René Borremans met en évidence l'intérêt de la céramique médiévale et, en particulier, des productions d'Andenne et de la vallée mosane. À la charnière des années 1960-1970, l'accent est mis sur la castellologie et de nombreux liens sont tissés avec les archéologues médiévistes de l'Europe entière.

Dans le même temps, le patrimoine archéologique des centres urbains médiévaux est l'objet de nouvelles recherches scientifiques. En Flandre, cette évolution fut à la base de la création d'un certain nombre de services archéologiques urbains dont l'objectif est, d'emblée, de promouvoir une « archéologie de ville » plutôt qu'une « archéologie dans la ville ». Cette innovation avait l'originalité de poursuivre une recherche d'une nouvelle dimension où les historiens du texte et du bâti étaient souvent intégrés à l'étude globale. De cette période naquit aussi l'indispensable relation avec les aménageurs et les urbanistes. Ceci s'explique. L'aménageur — privé ou public — est impliqué dans la protection du patrimoine dans la mesure où il porte une importante part de responsabilité dans les risques qu'il fait continuellement peser sur celui-ci. L'urbanisation et l'aménagement du territoire impliquent une planification rigoureuse propre à laisser la place à l'étude et au besoin à la conservation et à la restauration

des vestiges en sous-sol ou hors-sol. Si la Flandre a donné l'exemple à cet égard, la Wallonie est alors restée étonnamment absente de ce mouvement.

Dès 1968, devançant ainsi les recommandations du Conseil de l'Europe (Bruxelles, 1969) et de la 17^e conférence générale de l'Unesco (Paris, 1972), l'« Inventaire du patrimoine monumental de Belgique » était initié e.a. par Luc-Francis Genicot et son équipe ; tout en développant ses recherches sur les églises mosanes, il mettait en place les conditions nécessaires à l'enseignement de l'archéologie du bâti.

Cette situation nouvelle dans la recherche archéologique médiévale, créée par les services de l'Etat, les villes et le monde universitaire, fait naître le besoin d'une information simple, pratique, rapide et conviviale fédérant ainsi les chercheurs dans une saine émulation. Dès 1978, « *Archaeologia Mediaevalis* » était instituée, en association de fait, pour répondre à cette nécessité nouvelle. L'action de feu Joan Vandenhoute et de la ville de Gand fut déterminante à cet égard.

L'organisation à un rythme annuel, de ces journées d'information tenues alternativement à Gand, Bruxelles et Namur était quelque peu visionnaire et exemplative ; elle fut adoptée pour d'autres périodes et dans d'autres cénacles et surtout elle anticipait sur la régionalisation future de l'archéologie. En 1989, c'était chose faite. La loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1988 élargissait ainsi les compétences des communautés et des régions déjà définies dans la loi du 8 août 1980 ; elle transférait les monuments et les sites et donc aussi les fouilles et la recherche archéologique aux régions et la loi de financement des communautés et des régions du 1^{er} janvier 1989 aboutissait à la régionalisation des budgets concernés. Sous-sol archéologique et bâti ancien allaient connaître des gestions nouvelles et différenciées selon les régions.

En Wallonie, la régionalisation des matières patrimoniales aboutit bien vite à une fusion originale et à la création de trois directions ; la direction de la protection est chargée des mesures de protection et entre autres du classement des sites archéologiques ; la direction de la restauration accompagne les actes techniques de préservation du patrimoine immobilier et le contrôle des travaux ; enfin, la direction de l'archéologie est chargée de la gestion de l'exploitation scientifique du sous-sol archéologique. Ces trois directions forment la Division du Patrimoine et consacrent ainsi la réunification des services autrefois dispersés entre l'Etat national (Service national des Fouilles) et la Communauté française (Administration du Patrimoine). Cette Division du Patrimoine est, elle-même, intégrée à la Direction générale de l'aménagement du territoire, du logement et du ... Patrimoine. La recherche archéologique est donc, depuis lors, en mesure de gérer le sous-sol archéologique wallon en synergie directe avec les autres directions chargées essentiellement du bâti.

Tout comme autrefois, la Wallonie n'avait pas suivi l'essor et la création de services urbains d'archéologie, ici c'est la Flandre qui a voulu consacrer l'indépendance d'un service archéologique au détriment d'une nouvelle dimension monumentale et de l'archéologie médiévale.

Nous sommes de plus en plus convaincus que la fusion de la protection, de la restauration et de l'archéologie créent les conditions de l'essor d'une nécessaire approche globale de l'archéologie médiévale, abolissant les barrières entre l'archéologie du sol et l'archéologie du bâti ou *Bauforschung*.

En 1997, *Archaeologia Mediaevalis* s'élargissait à la famille européenne immédiate. Cette ouverture n'est que le reflet corollaire des efforts de l'Union européenne en faveur du rapprochement des expertises.

Aujourd'hui, *Archaeologia Mediaevalis* fête ses 25 années d'existence et le thème du colloque jubilaire est le lieu idéal de rencontres entre

fouilleurs, historiens du texte, historiens du bâti, sans oublier tous les chercheurs connexes. Cette recherche globale doit nous faire renouer aussi avec la troisième dimension ; un instant oubliée et qualifiée un peu trop rapidement de non scientifique, cette démarche connue et pratiquée par les générations précédentes fut parfois un peu trop vite supplantée par l'analyse brute faussement suffisante à elle-même et peu génératrice de synthèse. La fin du xx^e siècle nous a heureusement familiarisé avec l'infographie et l'image tridimensionnelle. Cette reconstitution consommatrice de nombreuses informations connexes doit déboucher sur l'objectif de tout archéologue et du médiéviste en particulier : reconstituer le cadre de vie de nos ancêtres.

La récente prise en compte du paysage moderne et ancien par le Conseil de l'Europe (Florence, 2000) comme patrimoine environnemental construit par l'homme au cours des siècles et comme composante fondamentale du patrimoine culturel de l'Europe, élargit encore notre espace de recherche vers le paysage historique tout entier.

Cette recherche globale élargie a toujours été l'objectif d'« *Archaeologia Mediaevalis* » et a été un gage de continuité. Maintenant que le troisième millénaire est entamé, qu'une génération s'en va, qu'une autre commence à poindre, mon souhait le plus cher est que les chercheurs continuent à s'associer pour découvrir la dimension de l'autre : la quatrième dimension, celle de l'intelligence et du progrès scientifique.

La représentation de la vie hospitalière à travers l'iconographie médiévale

Danièle ALEXANDRE-BIDON

Centre de recherches historiques, EHESS-Paris

Les artistes à l'hôpital

Les images figurant l'hôpital sont rares : à cela, rien d'étonnant, car les aristocrates à qui étaient destinés les manuscrits enluminés étaient soignés à domicile, par des médecins attachés à leur maison ou engagés par contrat. L'image de l'hôpital ne les intéressait pas. Rares devaient être les artistes malades à connaître les lieux hospitaliers : vivant dans le château de leurs nobles commanditaires, ils y étaient aussi soignés. À quelques exceptions près, les aristocrates n'allaient à l'hôpital que pour le visiter, reçus en tant que commanditaires de ces établissements, tel Philippe le Bon au XV^e siècle : la fondation par ses soins de l'hôpital du Saint-Esprit de Dijon, calqué sur l'hôpital Santa Maria in Saxia de Rome, fait l'objet d'une série d'enluminures dans un manuscrit conservé à Dijon (RAYNAUD, 1992, p. 71-90) et, sous forme de copie, au début du XVIII^e siècle, dans un autre exemplaire, conservé à Paris (BNF, ms. français 17084), où le duc de Bourgogne visite l'hôpital romain avant de fonder le sien propre (IMBAULT-HUART, 1983, p. 166-167). Quelques rares notations sur les malades hospitalisés, femmes enceintes, enfants et vieillards surgissent à cette occasion, mais trop peu au gré de l'historien : à l'évidence, les enlumineurs ignoraient tout ou presque des lieux, à l'exception de ceux qui avaient à orner les ouvrages médicaux ou les statuts hospitaliers et qui devaient bien se

renseigner quelque peu pour satisfaire leur savante clientèle. Mais même les documents d'archives tels que les statuts illustrés ou les lettres d'indulgence ne figurent que des bribes de la vie hospitalière, souvent décontextualisée, ainsi l'image des sœurs de la Poterie soignant des malades alités en 1354 (Bruges, Arch. OCMW Poterie, KA. P2), tous figurés en plein air, sur une plage herbeuse, et non dans les salles voûtées des établissements médicaux...

En revanche, les peintres de fresques ont eu, eux, l'occasion de visiter des hôpitaux : ils étaient en effet engagés pour en peindre les plafonds et les poutres, ainsi à l'Hôtel-Dieu de Beaune, ou pour orner les murs de compositions morales, ainsi à l'hôpital de la Scala, à Sienne (TORRITI, 1987). Ce faisant, ils passaient devant les malades alités et, comme Domenico Ghirlandaio et son atelier à Sienne, visualisaient pour le peindre le public de l'hôpital, mendiants, familles pauvres, vieillards sans ressources, reconnaissables à leur barbe blanche, pèlerins, esclaves slaves, blessés, agonisants ; mais aussi les porteurs de brancards, les médecins au travail, le frère chargé de recevoir les confessions des mourants, le chat de l'institution, sans doute chargé d'éliminer les rongeurs... Ces artistes avaient la mission de représenter toutes les activités et

charges charitables de l'institution : accueil des pauvres, dons de nourriture, mais aussi repas des mendiants reçus à table et servis par esprit chrétien, comme à la Scala de Sienne ; ce sont encore l'entrée d'une religieuse en fonction, l'admission et la visite des malades par les religieuses et l'entretien de leur literie par les lavandières qui, après avoir lavé les draps, les étendent sur une galerie au-dessus de la Seine, ainsi dans le *Livre de la vie active* des religieuses de l'Hôtel-Dieu de Paris au XV^e siècle (IMBAULT-HUART, 1983, p. 168-169 ; Dix siècles, 1961, 1^{re} de couverture, notice 28, p. 37-41 et pl. I).

Toutes ces images constituent autant de témoignages sans pour autant se vouloir des photographies de la réalité ; les enluminures sont composées, et non dégagées de symboles chrétiens comme l'était, il est vrai, la vie hospitalière. La commande artistique impose par exemple la représentation de la prise en charge empreinte de compassion des malades et de l'accompagnement des mourants, mais il est difficile de dire si cette attention soutenue au malheureux alité était aussi systématique que veulent bien le dire les images. Dans les fresques surtout, les détails n'en fourmillent pas moins. Attentifs à l'aménagement des lieux, et afin de montrer la qualité de l'équipement hospitalier, les artistes multiplient les notations réalistes, peignant aussi bien les lavabos, les boîtes à médicaments, le scalpel, la fiole d'eau de rose destinée à aider l'évanoui à reprendre conscience ou à réanimer un instant le mourant, l'hygiène rituelle (lavement des pieds des blessés), mais témoignant aussi, et sans s'en inquiéter, du manque d'hygiène technique — selon les critères d'aujourd'hui : chiens et chats se déplaçant en liberté dans les locaux, enfants traînant par terre, en chemise et nu-pieds sur le carrelage glacé...

Étudiés pour la France du Nord entre 1300 et 1500, en matière d'approvisionnement par Alain Derville, et pour les soins hospitaliers par Annie Saunier, les hôpitaux sont assez bien connus, du moins pour ce qui en est de leur fonctionnement et de leur aménagement. On peut donc confronter les sources écrites aux

images, et toute la question est de savoir si l'iconographie peut apporter quelque information supplémentaire.

La vie quotidienne

La disposition des lieux

Sous l'angle de l'architecture intérieure, l'image ne peut faire mieux que les fouilles ou l'observation des bâtiments encore en élévation. Mais les enluminures et les fresques montrent que les enlumineurs ont été particulièrement sensibles à un certain nombre de points relatifs aux aménagements et aux attitudes des soignants. Ils se sont attachés aux fenêtres, haut placées pour limiter le froid, à châssis et vitrées, comme dans le *Livre de la vie active*, et où le bas des ouvertures est partiellement masqué par une tenture pour éviter les courants d'air aux malades. Suspendues derrière les chevets des lits à l'hôpital de la Scala, ces tentures imitent la fourrure, ennoblissant les lieux. Le nombre de fenêtres est idéalisé dans le *Livre de la vie active* : on se croirait dans une église, ce qui est sans doute l'intention de l'artiste. Mais tel est bien le cas dans les infirmeries monastiques, et l'on ne peut récuser le témoignage d'une telle image. Si elles sont bien documentées en matière de grands hôpitaux urbains, les enluminures et peintures médiévales rendent moins bien compte de la réalité plus ordinaire : les petits hôpitaux de campagne voire de ville. Ceux-là sont, à en croire les sources écrites, mal éclairés (SAUNIER, 1993, p. 167)¹, car le nombre des fenêtres est limité, seule solution pour empêcher le froid d'entrer. La salle des malades de l'hôpital de la Scala à Sienne ne comporte pas de fenêtres. Comme les images idéalisent toujours les contextes et les situations, montrant les intentions et non les réalités, les salles ne paraissent pas humides, contrairement à la réalité : nombre d'hôpitaux étaient, pour des raisons pratiques diverses, construites à proximité immédiate d'un fleuve ou d'un cours d'eau : les infiltrations, les inondations,

¹ L'auteur publie d'ailleurs dans cet ouvrage un florilège d'illustrations médicales et d'images hospitalières.

l'humidité rémanente sont des points noirs soulignés par les sources écrites ; rien de tel dans l'image. Si les salles sont chaulées, à l'Hôtel-Dieu de Paris, leurs murs ne sont pas blancs dans les enluminures. Les artistes se révèlent plus sensibles à la représentation des tentures qui recouvraient les murs, les poètes également, tel Alain Chartier qui rappelle que « le dortoir des malades est tendu de nombreuses et riches tapisseries », mot qui ne désigne pas nécessairement des tapisseries historiées, mais qui recouvre toutes les tentures de tissu, imagées comme aniconiques.

Le chauffage

Les images sont beaucoup plus proches de la réalité quand elles ne montrent qu'un système de chauffage médiocre : une cheminée unique, ne réchauffant que ceux qui ont la force de se lever de leur lit pour aller s'asseoir à côté, ainsi dans le *Livre de la vie active* où la grande cheminée attire les vieillards et les berceaux d'enfants. Pas plus que l'hygiène autre que rituelle n'est figurée, sinon par allusions grâce à la présence d'un lavabo, d'une serviette de toilette, des mains aux ongles entretenus des soignants, la chaleur n'est l'élément de confort le plus représenté. Il est vrai que l'homme médiéval est habitué au froid ; des chariots à feu à roulettes sont identifiés dans les textes, notamment à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1491 (SAUNIER, 1993, p. 30, n. 104), et il en subsiste d'ailleurs un spécimen au Musée de l'Assistance publique, à Paris (Dix siècles, 1961, pl. XVI), mais les images, qui ne les ignorent pourtant point, n'en figurent pas dans ce contexte. Les textes montrent que des manteaux de laine ou de fourrure appartiennent aux institutions qui les prêtent aux malades, le temps de refaire leur lit ou pour leur permettre d'aller aux « aisements » (SAUNIER, 1993, p. 30). Mais les latrines ne sont jamais visualisées dans les images d'hôpitaux, et il faut recourir aux fouilles archéologiques pour connaître les vases de nuit qui servaient à défaut ou pour examiner les fèces et les urines, les seuls à être figurés ne l'étant que dans des contextes privés, ceux des demeures nobles.

Les lits

Sous l'angle du fonctionnement, l'image est largement fautive également : l'image n'a pas le statut d'un document hospitalier, règlement ou lettre d'indulgence, et elle n'a donc pas à être personnalisée. En outre, elle est souvent petite. Tantôt elle ne fournit, par un effet de zoom, qu'une vue étroitement cadrée où l'on ne peut que deviner, à l'amorce d'autres lits, un contexte hospitalier (BNF, ms. latin 8846 f^{os} 106 et 156 v^o), tantôt les enlumineurs, qui ne sont pas nécessairement au courant de la vie quotidienne à l'hôpital, se sont vus obligés de contracter l'information et d'éluder bien des détails. Ainsi, le nombre de malades par pièces n'apparaît pas avec certitude. Mais le nombre de lits que l'on y voit n'est pas forcément inférieur à la réalité puisqu'il existait des établissements de deux, trois, quatre voire six couches seulement. Il n'en reste pas moins que l'on n'observe pas, dans les enluminures, de salle vue dans son intégralité : la position de l'artiste est médiane, son cadrage celui d'un appareil photographique démuné de grand angle... Son regard est généraliste : ainsi la séparation des malades selon leur genre d'affection ne peut-elle apparaître dans l'image. À peine peut-on savoir que tel ou tel établissement accueille les accouchées à la vue de berceaux de nouveau-nés disposés devant la cheminée ou au pied du lit d'un malade, comme à Dijon. Il est donc difficile de reconnaître, dans les images, l'existence des petits hôpitaux, qui ne comptaient pas plus de deux ou trois lits : l'artiste ne les différencie pas, s'il les figure, des demeures privées ou des établissements de type hôtelier, du genre auberge. les hospices d'accueil aux pèlerins constituent autant de petits établissements hospitaliers. L'on ne peut les observer que de l'extérieur, notamment dans les gravures et peintures des Brueghel des diverses générations. Seul peut être pris en considération le placard de Francesco Rosselli, artiste florentin qui œuvra en faveur de mouvements de dévotion et grava une affiche pour une société de bienfaisance, et qui inclut à ce chapitre, entre autres œuvres de charité, le subventionnement de l'hébergement à l'hôpital pour les pauvres malades, évoquant (mais ce n'est qu'un détail dans l'image) l'accueil des

malades et leur suivi, au lit où ils sont couchés isolément, par un aide-soignant (LAMBERT, 2001, p. 101-105 ; ZUCKER, 1994, p. 1-7 et 86-88)².

Toutes les images, françaises ou italiennes, qu'elles figurent grands établissements, hôtels-dieu, ou petites maisons (« maisons dieu »), donnent une vision similaire de la salle des malades alités : on observe deux systèmes ; soit les couches sont disposées alignées côte à côte, mais non face à face, soit elles sont placées en file, dans l'alignement l'une de l'autre. Ce système procure une relative intimité au malade, surtout quand le dossier du lit est élevé et forme un dais, sans que l'on puisse être sûr que c'est bien l'intimité qui était souhaitée. En effet, si des lits sont occupés par un seul patient, d'autres en contiennent deux — et certains lits sont vides à l'hôpital de Rome, peut-être pour faire comprendre au lecteur de l'image que sa capacité d'accueil est grande (RAYNAUD, 1992, p. 76). L'homme médiéval n'apprécie pas d'être seul ; cependant, les études littéraires ont démontré que dans le cas des situations tristes ou douloureuses, il recherchait la solitude, soit dans l'embrasure d'une fenêtre, soit dans l'intimité d'une chambre, soit tout simplement dans son lit : c'est là peut-être un signe de son souci de s'isoler dans le malheur. Si certaines images montrent au contraire une pièce dont les lits rayonnent tout autour de la pièce et occupent les quatre murs (BNF, ms. latin 4915 f° 275 v°), on ne peut être sûr que cela ne soit pas un souci de mise en scène de l'artiste, qui, dans le cadre restreint et carré d'une enluminure de quelques centimètres de côté, a voulu insérer le maximum de lits afin que le lecteur de l'image comprenne bien que la scène se déroule dans un hôpital, ce que la légende dit, certes, mais en latin.

Est-ce pour des raisons pratiques, ou par nécessité et manque de moyens financiers, les lits hospitaliers sont différents de ceux que l'on voit, aux mêmes époques, dans les demeures

nobles ou de bourgeois aisés : on n'observe pas de lits à courtines, qui confèreraient pourtant du confort (chaleur et intimité), mais gêneraient sans doute le service, masquant les souffrances, étouffant les gémissements, gênant les soins, exigeant des lessives encore plus nombreuses et difficiles. Les lits présentent un haut dossier, parfois doté d'un ciel de bois en forme d'auvent, peut-être pour protéger le visage du malade d'une trop vive lumière (BOOCKMANN, 1987, p. 246)³, plus souvent, comme dans la fresque de la Scala, à Sienne, muni d'une étagère où disposer les médicaments nécessaires au traitement du malade, d'autre part permet à ce dernier de s'adosser proprement lorsqu'il peut adopter la position assise, bien isolé de surcroît des murs froids dont le fresquiste de l'hôpital de la Scala, à Sienne, montre bien qu'ils étaient recouverts de tissus, imitant ici la fourrure, afin de renforcer l'impression de chaleur que confère cet aménagement.

La literie se réduit à l'essentiel : le châlit est doté d'un sommier de cordes ajouré, sous la paille — on le sait grâce aux comptes hospitaliers —, ce qui permettait aux sanies et aux urines de s'écouler à travers ce matelas ; il suffisait de changer le cordage périodiquement et de laver le carrelage. Sous la tête, un coussin, dont les taies lacées sont changeables aisément et que l'on retape soigneusement avant d'accueillir un nouveau patient. L'image rend volontairement compte de la qualité du service et de l'accueil, exigence d'ailleurs inscrite dans les statuts hospitaliers du temps (SAUNIER, 1993, p. 86). Ni les draps ni les couvertures ne sont jamais bordés (c'est là la manière d'être couché au Moyen Âge, même pour les bien-portants), ni latéralement ni aux pieds. La literie se complète d'une couverture, unie ou à carreaux suivant l'aire culturelle, et ce sont les mêmes sur les lits familiaux. Seul le *Livre de la vie active des religieuses de l'Hôtel-Dieu*, à Paris, montre des couvertures de fourrure, dont l'une de petits-gris, fourrure de haut rang, et un couvre-lit de drap d'or, tissu princier. C'est là chose exceptionnelle, autant dans l'image que,

² On peut consulter la gravure dans le détail, commentée par Danièle Alexandre-Bidon, dans la rubrique « Documents à explorer » du site Internet de la Bibliothèque nationale de France (www.bnf.fr, sous presse).

³ Retable de l'église Saint-Wolfgang, Rothenburg, 1514.

sans doute, dans la réalité. Il arrivait qu'un hôpital disposât d'un drap de soie, notamment pour accueillir le tout premier malade accueilli dans un établissement : c'est le cas en 1259, lors de la cérémonie d'inauguration de la Maison-Dieu de Compiègne (SAUNIER, 1993, p. 39) — il s'agissait là d'un cadeau du roi de France. Si l'hôpital disposait d'un drap d'or, ce n'était pas pour en couvrir un lit, mais plus certainement pour en draper le cercueil d'un défunt. Quant aux fourrures, il y en avait dans le stock de linge de certains hôpitaux, obtenues par legs testamentaire (SAUNIER, 1993, p. 29). Celles du *Livre de la vie active* sont en deux occasions en fourrure ordinaire, une autre est en hermine ; le petit-gris peut aussi être un don royal, et le plus probable est qu'il n'en existerait qu'une de ce type dans l'établissement, qui, obligatoirement figurée dans l'image, ne serait en réalité sortie que dans les grandes occasions, comme on le voit dans les archives hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Paris, au xv^e siècle : mais il ne s'agit ici que de chat sauvage, ce qui n'avait rien de particulièrement luxueux. Cependant, la totalité des images, à l'exception du *Livre de la vie active*, figure des couvertures ordinaires, à tissu à carreaux en Italie, à tissus de couleur de peu de prix en France.

Les autres meubles

Dans l'image, le principal élément mobilier est la couche. Associé au lit, le longean, est disposé un marchepied, également signalé dans les sources écrites du Nord de la France. Ce meuble sert, outre d'aide pour grimper au lit, de siège d'appoint pour les soignants, les confesseurs, ou les malades eux-mêmes lorsqu'ils se sentaient assez forts pour se lever. Dans les hôpitaux qui ne sont pas encore dotés d'une apothicairerie, des armoires fermant à clef peuvent jouer ce rôle, abritant les médications précieuses et les instruments chirurgicaux coupants, tels les scalpels. De fait, on voit à l'occasion, dans la peinture seulement, outre l'armoire, des coffres ferrés qui devaient contenir la lingerie et les médicaments et dont le couvercle plat servait à disposer les menus biens du malade alité, personnels ou hospitaliers : une médaille pieuse, un chan-

delier, une écuelle de pilules, un verre, un fruit, un couteau (BOOCKMANN, 1987, p. 246).

L'hygiène

Au sol de l'hôpital des images, pas de moquette de paille, mais un carrelage de terre cuite, comme à la Scala, voire un dallage de pierre, ainsi à Dijon, tous deux facilement balayables et lavables, confort remarquable en un temps où seuls les habitants des châteaux et des maisons bourgeoises d'un certain rang disposaient de tels aménagements : même au xv^e siècle, la terre battue demeure le sol habituel de la majorité de la population. Ce carrelage a une vocation sanitaire et hygiénique, comme le démontrent les comptes des hôpitaux de la France du Nord, dans lesquels on voit que sont payés des gens pour laver, sous le lit des malades (SAUNIER, 1993, p. 76), ces sols dont on a vu qu'ils étaient prévus carrelés tout exprès pour l'élimination des urines ou sanies. Même s'il existait des bassins de lit, pour les femmes, et des urinoirs pour personnes alitées — les hommes, comme le montrent l'archéologie anglaise, allemande et même les sources écrites (SAUNIER, 1993, p. 31 n. 113) —, on ne les voit pas dans l'image. Que le sol ait été lavé fréquemment ou non, cela n'empêchait pas les enfants des hospitalisés, ou les petits abandonnés, de se traîner par terre, les animaux de parcourir les salles, tels le chien et le chat de Sienna, et les femmes de coudre les cadavres à même le dallage, comme on le voit dans une gravure de la fin du xv^e siècle⁴.

Le domaine de l'hygiène rituelle est mieux figuré que l'hygiène ordinaire : point de baignoires en laiton, pourtant recensées dans les sources écrites, ni de pots pissoirs, retrouvés dans l'archéologie, ni de pelles de terre, ces bassins de lit inventoriés dans les sources écrites (SAUNIER, 1993, p. 175). L'image récurrente est la scène prototypique du lavement des pieds accompli lors de l'accueil du malade ou du blessé à l'hôpital : avant même de soigner sa

⁴ Gravure reproduite en 1^{re} de couverture dans *Dix siècles*, 1961. Placard d'affiche de pardon de l'archevêque de Bourges, vers 1520, figurant une salle de l'Hôtel-Dieu de Paris.

blessure, et tout en le réconfortant cependant, on lui lave les pieds dans un bassin de cuivre pour le mettre dans son rôle, celui de « membre du christ ». C'est en effet sur le modèle du Christ qui a lavé les pieds des apôtres que les médecins, à Sienne, ou les religieuses, en France du Nord, procèdent à ce geste, accompli, comme le disent explicitement les statuts de l'hôpital de Notre-Dame de Tournai, non par souci d'hygiène, mais pour « faire mémoire de notre seigneur » (SAUNIER, 1993, p. 25). C'est ce que faisait d'ailleurs le roi saint, Louis IX, qui accomplit notamment ce service pour les pauvres hospitalisés à la maison-dieu Saint-Nicolas de Compiègne (SAUNIER, 1993, p. 80), scène mémorable qui eut les honneurs des histoires illustrées de sa vie et de ses miracles (BNF, ms. français 2829). Que ce geste ait eu un rôle privilégié dans les images n'a rien pour étonner : il était en effet habituel et obligatoire, dans l'accueil à l'hôpital, de commencer par ce rituel avant même d'aborder le soin médical à proprement parler, même en cas de blessure grave, ainsi qu'on peut le voir dans la fresque de l'hôpital de la Scala, à Sienne. Si la prise en charge médicale du patient en était d'autant retardée, en compensation c'était l'occasion de le prendre en charge sur le plan psychologique — ce qu'expliquent les statuts des hôpitaux de la France du Nord et qui vaut sans doute aussi pour les autres régions de l'Europe médiévale. Si l'on ne voit pas les malades se faire laver et couper les cheveux, la fresque de l'hôpital de la Scala montre aussi que le blessé dont on lave les pieds a les cheveux coupés fort court, chose rien moins qu'à la mode, de même que les ongles ; or, c'est là une prescription habituelle des statuts hospitaliers que de couper la chevelure des admis, pour des raisons d'hygiène, le souci d'éviter toute propagation des poux. Soit l'artiste a volontairement télescopé les différentes étapes de l'admission d'un blessé, soit les soignants prennent soin de ne laisser personne entrer en cheveux ; vu l'abondance de ces parasites à cette date et la difficulté à toute époque de s'en débarrasser, on serait tenté de penser que l'hygiène corporelle précède tout de même l'hygiène rituelle, le tout cependant en amont des soins médicaux à proprement parler. Au reste, on

devine que l'hygiène rituelle se confondait avec l'exigence technique de propreté corporelle lorsqu'on lit, dans les statuts de l'hôpital Saint-Lehire de Tournai, que les malades admis « doivent *bien* laver leurs pieds » et couper leurs cheveux, s'ils les portaient longs. Et les fresques de l'hôpital de la Scala vont jusqu'à montrer, dans la cuvette rituelle, des bulles de savon...

Le personnel

Les images se font aussi comptables de l'ambiance sonore et de la nature du personnel soignant. Les images ne peuvent qu'évoquer l'atmosphère qui régnait à l'hôpital, par la vue des enfants et des chiens qui devaient certainement, les uns, crier, et les autres, aboyer, ainsi que par l'observation des patins de bois des brancardiers, peints dans les fresques de l'hôpital de la Scala à Sienne, qui devaient claquer bruyamment sur les carrelages des salles. Quant aux gémissements des mourants, au murmure des confessions, ils ne viennent qu'à intervalles irréguliers troubler la quiétude toute relative des lieux. Le personnel est double, selon les cultures : la présence féminine est forte en France, plus souvent masculine, en Italie, en raison du fort développement de la « religion civique » qui poussait les notables italiens à se dévouer aux soins envers les pauvres, dont l'hospitalisation faisait partie. Ainsi des hommes mûrs accueillent-ils les malheureux au chevet de qui se tiennent des jeunes gens dans le placard florentin de Rosselli. En France, des femmes de la noblesse visitent les malades, sans s'approcher des lits, et d'autres, de moindre extraction, sont vouées aux basses besognes, nourrir les alités, nettoyer les draps, laver les défunts et les coudre dans leurs linceuls. Apparaissent aussi les brancardiers, qui amènent les malades ou transportent les morts au cimetière et, plus gratifiant, dans les établissements pour enfants abandonnés (SIGAL, 1992, p. 18-24), les nourrices, qui allaitent les tout-petits, et jouent avec eux, quand ils ne sont pas encore placés à la campagne, sans oublier les maîtres de lecture et d'écriture chargés d'instruire tous ceux qui, ayant survécu aux premières années, reviennent

en ville recevoir, aux frais de l'institution, une instruction minimale (les rudiments de la lecture, de l'écriture et du calcul) indispensable à leur future formation d'artisan : car les hôpitaux mettaient ensuite leurs jeunes ressortissants en apprentissage professionnel, avant de les installer ou de les doter, comme le montrent aussi les fresques de l'hôpital de la Scala, à Sienne. Pas de services spécialisés dans l'hôpital médiéval, mais un suivi de toute une vie, jusqu'à l'autonomie... ou la mort.

La vie religieuse

La présence insistante de la vie religieuse, qui se traduit par des autels à retable, comme à Beaune, ou des chaires à confesser, ainsi à l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1500, n'est guère visible que dans une ou deux gravures ou peintures tardives, de la fin du ^{xv}^e siècle et du siècle suivant, à travers le retable dressé sur l'autel au fond de la salle des malades (Dix siècles, 1961, 1^{re} de couverture ; GARNIER, 1984, p. 64, image 82 : *Chroniques de France*, Paris, 1493), parfois accompagné d'un crucifix assez monumental pour être contemplé du fond de la grande salle, et éclairé par une lampe d'église (BOOCKMANN, 1987, p. 246). Une des activités des malades hospitalisés, il convient de le rappeler, est en effet la prière, non pour eux-mêmes, mais pour tous ceux qui ont subventionné leur prise en charge et qui attendent, en échange, comme le démontrent les donations faites en leur faveur, des prières pour le salut de leur âme. Il est difficile de se rendre compte de l'emprise de la prière à l'hôpital, sinon par la présence d'autels et de retables dans l'image comme dans la réalité, ainsi que d'un chapelain destiné à servir les messes et peut-être à accueillir la confession, comme on le voit à Sienne. Mais les malades gisant au lit ne sont qu'exceptionnellement montrés en posture d'orant, et la plupart du temps leurs bras sont pris sous les draps et couvertures. Prient-ils à voix haute ? Dans leur for intérieur ? Outre les retables peints, visibles au fond de la salle même des malades alités, ceux qui ont gardé quelque capacité ambulatoire peuvent aussi aller méditer devant des tentures à motifs

religieux, dont nous savons qu'il en existait à l'hôpital de Reims (FAVRE-COMMUNAL, 1999, p. 357-371), au ^{xv}^e siècle, qui étaient déployées aux grandes fêtes de l'année. Mais de telles images ne sont jamais figurées dans les enluminures, peintures ou gravures médiévales du ^{xv}^e siècle. Curieusement, l'image dans l'image est ici singulièrement absente. L'hôpital d'aujourd'hui, avec ses murs blancs ou de couleur unie, pastel, décorés de manière minimaliste à l'aide de quelque affiche ou de médiocres gravures en couleur, est donc bien différent de celui de la fin du Moyen Âge, avec ses murs peints ou tendus de tapisseries à motifs christiques, destinés à soigner métaphoriquement les malades qui déambulaient devant ou qui, immobilisés dans leurs lits, les avaient sous les yeux. À défaut d'être bien vu dans les images, il est un lieu d'images, et d'images curatives : le pressoir mystique, où Jésus donne son sang pour guérir (péchés comme maladies), la piscine mystique (emplit du sang du Christ dans lequel les patients viennent s'immerger) ornaient les murs de l'hôpital, comme à Reims. Si les programmes iconographiques prenaient bien soin de rappeler aux hospitalisés que tout mal et toute souffrance étaient venus du péché originel, peignant Adam et Ève aux murs de la Scala, ils rappelaient aussi la protection appelée sur les malades par la Vierge Marie, qui offrait une échelle vers le ciel aux défunts, et soulignaient l'implication matérielle des notables de la ville, qui subventionnaient et géraient l'institution, voire aidaient concrètement à la construire, gagnant ainsi leur paradis, comme à Sienne.

L'hôpital, ailleurs ?

Ainsi, les détails concernant la vie quotidienne et le suivi technique des malades dans l'hôpital médiéval ne sont pas légion dans les images, trop rares à figurer de tels établissements. Aussi faut-il chercher l'information dans d'autres types d'images. Ainsi, l'iconographie des œuvres de miséricorde est susceptible de fournir des images inédites de la vie hospitalière. Le placard florentin de Rosselli le montre, et c'est ce que confirme, par exemple,

un livre d'heures du xv^e siècle, où, entre autres prescriptions des œuvres, est illustrée la sentence « les hospitalux fault visiter — et pour Dieu de tes biens donner », suivie de l'image non de malades alités, mais du tronc qui devait être installé à la porte de l'établissement (BNF, ms. latin 1175 f^{os} 53 v^o & 54, image f^{os} 54 v^o & 55). Il faut donc percevoir par défaut l'image d'un hôpital, ou plus exactement d'une « maison-Dieu », telle qu'elle est interprétée *stricto sensu* dans certaines représentations tardives : celle, par exemple, de la naissance de Jean-Baptiste⁵. Sainte Élisabeth a d'ailleurs donné son nom à des structures hospitalières au xv^e siècle : c'est le cas à Roubaix (SAUNIER, 1993, p. 97). Dans cet hôpital, Élisabeth, seulement accompagnée par la Vierge, est abritée dans une grande salle d'hôpital, chauffée par une cheminée, comme c'était le cas de la salle des accouchées à l'Hôtel-Dieu de Paris. Cependant, contrairement à la réalité, la salle est figurée vide, ce qui est peu vraisemblable : les autres occupantes ont été artificiellement éliminées par l'artiste afin de focaliser l'attention sur la scène du Nouveau Testament. C'est également par déduction que l'on peut percevoir l'hôpital à la vue d'une image où un groupe de vieillards se chauffent au coin d'une cheminée, sortie de tout contexte. Cette enluminure se réfère sans doute aussi à la vie hospitalière : outre qu'il s'agit là de l'un des cas classiques de l'hospitalisation, pour cause de vieillesse et d'isolement familial, on retrouve le même modèle de cette situation dans la série d'images hospitalières du manuscrit de Dijon, où se déroule la même scène, cette fois contextualisée.

De même, les représentations d'apothicaireries, lorsqu'elles ne mettent pas en situation le marchand et sa clientèle, sont-elles susceptibles d'être interprétées comme des scènes de la vie hospitalière. Ainsi une enluminure extraite d'un exemplaire du xv^e siècle du *Livre des simples médecines*, de Platéarius, figurant la distillation d'eaux d'herbes ou de fleurs montre-t-elle une vaste pièce qui ne déparerait

pas le laboratoire d'un hôpital médiéval, tel qu'on peut le connaître à partir des fouilles de monastères (IMBAULT-HUART, 1983, p. 144 : Paris, BNF, ms. français 623 f^o 23). On y voit en effet une batterie de chapelles de distillation en plomb alignées sous le manteau d'une cheminée monumentale, dans une salle haute et dallée, alimentées par de grandes paniers emplies de simples. Une image d'apothicairerie hospitalière, peinte après 1500 dans des *Chants royaux*, recueil de poésies primées d'un puy de Rouen, est peut-être aussi à découvrir dans la scène symbolique du Christ apothicaire ou plutôt médecin, qui rédige une ordonnance destinée à guérir la pauvre humanité souffrante, bien malade de ses péchés (IMBAULT-HUART, 1983, p. 162-163 : Paris, BNF, ms. français 1537 f^o 82 v^o). La date coïncide avec l'apparition des apothicaireries d'hôpital, qui ne datent que de la fin du xv^e siècle (SAUNIER, 1993, p. 156). De fait, mention n'en est donnée, dans la gravure, que bien après cette date même (GARNIER, 1984, p. 64, image 81 :)³⁷. Le fait que les hospitalisés soient en effet souvent appelés « pauvres du Christ », ou « pauvres membres du Christ » conforte cette hypothèse de l'apothicairerie hospitalière dans les *Chants royaux*. En effet, les soins qu'on donne aux malades relèvent des œuvres de miséricorde dont l'hospitalisation fait partie, comme la visite aux malades, l'aumône et les dons de pain, de vin et de vêtements. Mais il faut attendre la date de 1588 pour voir l'apothicairerie rattachée de façon manifeste à l'institution hospitalière, dans une image bandeau où tout le bâtiment est vu en coupe, jusqu'aux salles des malades. Enfin, on ne peut que déduire, dans les fresques, la présence d'une infirmerie monastique qu'à la vue alitée de deux moines malades soignés par saint Antoine, parce qu'ils ne peuvent se trouver que dans leur monastère...

Conclusion

Ainsi, malgré la minceur apparente du corpus des images, l'hôpital se cache derrière d'autres scènes de la vie sociale ou médicale, qu'il faut

⁵ Retable de l'église de Grambois, Vie de saint Jean-Baptiste, France, début du xvi^e siècle.

⁶ Ptolomaeus Veltrionius, 1588. *Index materierum...*, Rome.

examiner de près, et il transparait également dans l'iconographie chrétienne, voire christique, puisque le Christ lui-même est figuré en personnel soignant, ici pharmacien prescrivant une ordonnance, là garçon de bain au sauna, appliquant les ventouses... (DUPEUX, 1989, p. 42)⁷ ! En revanche, l'image de l'hôpital ne se confond pas avec les innombrables scènes de soins ou de visites aux malades à domicile, dont certaines associations laïques pieuses s'étaient faites les champions et qui sont célébrées par des fresques, également, ainsi aux Buonomini di san Martino, à Florence. Vie quotidienne et religiosité sont distillées ensemble dans ces représentations trop rares, tantôt miniatures, ainsi dans les enluminures, tantôt peintes à l'échelle humaine pour que le malade s'y retrouve et que le visiteur se projette dans le rôle du bienfaiteur, comme à Sienne. Image de propagande, néanmoins réaliste, l'hôpital ne se laisse déceler qu'au compte-gouttes, et pour le restituer il faut à l'historien, ce chirurgien des sources, greffer entre elles toutes les archives ensemble, images, textes, terrain.

Bibliographie

Manuscrits

Bibliothèque Nationale Française à Paris (BNF), ms. français 623.

BNF, ms. français 1537 (*Chants royaux sur la conception couronnés au puy de Rouen*, 1519-1528).

BNF, ms. français 2829 (France, fin du xv^e siècle).

BNF, ms. français 17084.

BNF, ms. latin 4915 (COLONNA G., *Mer des Hystoires*, France, xv^e siècle).

BNF, ms. latin 8846 (*Psautier de Cantorbéry*, Angleterre/Catalogne/Italie, xiv^e siècle).

Imprimés

BOECKMANN H., 1987. *Die Stadt im späten Mittelalter*, C.H. Beck, Munich.

Dix Siècles, 1961. *Dix siècles de vie hospitalière parisienne, 651-1650. L'Hôtel-Dieu de Paris*, catalogue d'exposition, Paris.

DUPEUX C., 1989. *L'Imaginaire strasbourgeois. La gravure dans l'édition strasbourgeoise, 1470-1520*, La nuée bleue/Dernières nouvelles d'Alsace, Strasbourg.

FAVRE-COMMUNAL M., 1999. La Passion du Musée de Reims. Étude technique et iconographique de toiles peintes du xv^e siècle. In: *Tentures médiévales dans le monde occidental et arabo-islamique*. Actes de la journée d'études de Lyon (16 mai 1994) réunis par Françoise Piponnier, Rome, École française de Rome, p. 357-371.

GARNIER F., 1984. *Thesaurus iconographique, système descriptif des représentations*, Le Léopard d'Or, Paris.

IMBAULT-HUART M.-J., 1983. *La médecine du Moyen Âge à travers les manuscrits de la Bibliothèque nationale*, Éditions de la Porte Verte/Bibliothèque Nationale de France, Paris.

LAMBERT G., 2001. *Les Premières gravures italiennes. Quattrocento-début du cinquecento. Inventaire de la collection du Département des Estampes et de la Photographie*, Bibliothèque Nationale de France, Paris.

RAYNAUD Chr., 1992. Le pape, le duc et l'hôpital du Saint-Esprit de Dijon, *Medievales*, 22-23, Archives hospitalières, Dijon.

SAUNIER A., 1993. « *Le pauvre malade* » dans le cadre hospitalier médiéval, *France du Nord vers 1330-1500*, Édition Arguments, Paris.

SIGAL P.-A., 1992. Comment l'Église a sauvé les enfants abandonnés, *L'Histoire*, 161, p. 18-24.

TORRITI P., 1987. *Il Pelegrinaio nello spedale di Santa Maria delle scala a Siena*, Lions Club Siena, Sienne.

ZUCKER M.J., 1994. *Early Italian Masters, « Francesco Rosselli »*, New York (The illustrated Bartsch, 24, part 2, Abaris book).

⁷ Murner Th., *Der Badenfahrt*, Jean Grüninger, 1514.

Étude archéologique de l'ancien couvent des Frères Cellites à Liège dit « La Licorne ». De la peste à la folie. Quatre siècles au service des malades...

Catherine BAUWENS, Caroline BOLLE & Jean-Marc LÉOTARD

L'étude archéologique de l'ancien couvent des Frères Cellites dit « La Licorne » est en cours. Elle a été entreprise dans le cadre d'un certificat de patrimoine préalable à la restauration. Les résultats présentés ici sont préliminaires et susceptibles d'être affinés.

La Licorne est proche du cœur de la Cité liégeoise. Elle est implantée dans le quartier Pierreuse, dans le secteur nord de la ville, dont la destination durant le Moyen Âge est mal connue, particulièrement avant l'établissement, au XIII^e siècle, de la muraille englobant les Coteaux de la Citadelle (Fig. 1).



1. Vue générale du site (photo : Philippe Géron © In Situ – MRW, DPat)



2. Baies au linteau en accolade de l'aile nord (photo : Philippe Géron © In Situ – MRW, DPat).

Le site se compose aujourd'hui d'une chapelle datée du milieu du XVI^e siècle pour les parties les plus anciennes et de trois ailes de bâtiments qui se développent autour d'une cour ouverte vers l'ouest. L'imposant parallélépipède en grès houiller que forme l'aile nord est connu pour ses baies à traverse surmontées d'un linteau en accolade attribuées au XVI^e siècle (Fig. 2).

L'aile orientale, construite en brique, paraît plus homogène. Elle est perpendiculaire au premier volume en grès houiller et vient masquer son extrémité orientale, établissant ainsi la jonction avec la chapelle. Enfin, la cour est délimitée au sud par une bâtisse construite dans le dernier quart du XIX^e siècle, faisant face au bâtiment en pierre.

Les Cellites, appelés aussi Alexiens (Fig. 3) ou Lollards, s'installent sur le site en 1520. À l'origine, les Frères Cellites sont de simples laïcs, réunis en communauté dans le seul but d'aider les plus démunis et les exclus de la société. Ils engagent leur vie et leurs biens personnels pour soigner les malades contagieux et, à leur mort, sont chargés de leur ensevelissement. La création de cette communauté semble remonter au début du XIV^e siècle. Progressivement, les Alexiens s'organisent en ordre religieux en adhérant à la règle de saint Augustin à partir du milieu du XV^e siècle. C'est à cette époque que se situerait leur première installation à Liège. Ensuite, ils quittent la cité pour Huy.

En 1519, une épidémie de peste dévaste le pays de Liège. Spécialisés dans les soins à prodiguer

à ce type de malades, les Cellites sont rappelés par les autorités de la Cité pour combattre le fléau. En échange de leurs services, ils reçoivent une propriété en Volière dans laquelle ils s'installent en juillet 1520.

L'étude archéologique a permis d'acquérir une vue d'ensemble de la propriété accordée aux Cellites. Avant qu'ils s'y installent au XVI^e siècle, plusieurs édifices en grès houiller de gabarits divers coexistent sur le site. Les différences de mode de construction et de typologie des ouvertures indiquent des affectations et des époques de constructions distinctes.



S. Droeder Alexianer, in hets. hapt. adinaire.

3. Un Alexien en habit original. Gent, Stadsarchief [extrait de *Un demi-siècle de vie hospitalière. 1938-1978-1988*, F.I.H.W. en collaboration avec le KADOC Leuven].

En ce début du XVI^e siècle, une construction en grès houiller est éclairée à l'est par des baies en tuffeau à la modénature raffinée (Fig. 4). À l'ouest, une bâtisse de plus petit gabarit serait venue s'y greffer, et encore plus à l'ouest, un imposant édifice est érigé indépendamment des deux autres, permettant l'accès vers les terrains situés au nord. Une aile perpendiculaire au premier volume semble exister avant la réunion des trois autres volumes.

L'actuelle aile nord, formée par ce groupe de bâtiments, pourrait être attribuée aux Cellites. D'après les sources historiques (LAGUESSE-PLUMIER, 1989, p. 33), à partir de 1530, ils entreprennent d'importantes réparations au bâtiment principal et agrandissent leur propriété (Fig. 7).



4. Baie en tuffeau à la modénature raffinée mise au jour sur le pignon oriental du bâtiment primitif (photo : Philippe Géron © In Situ – MRW, DPat).

Quoi qu'il en soit, une charpente formant un comble à surcroît couvre l'ensemble en 1535. Quelques années plus tard (1536-1541), un important cloisonnement cellulaire en pan-de-bois (Fig. 5) est réalisé au premier étage et certainement au rez-de-chaussée. Toutes ces réalisations et aménagements, entrepris par les Frères, semblent rigoureusement planifiés.



5. Cloisonnement cellulaire en pan-de-bois du premier étage de l'aile Licorne, réalisé dans la première moitié du XVI^e siècle (photo : Philippe Géron © In Situ – MRW, DPat).

Cette aile est destinée à accueillir la communauté composée d'environ huit frères, nombre qui ne semble pas changer au cours des siècles. La chapelle dédiée à la Vierge Marie et à saint Roch est érigée quelques années plus tard pour célébrer les offices funèbres.

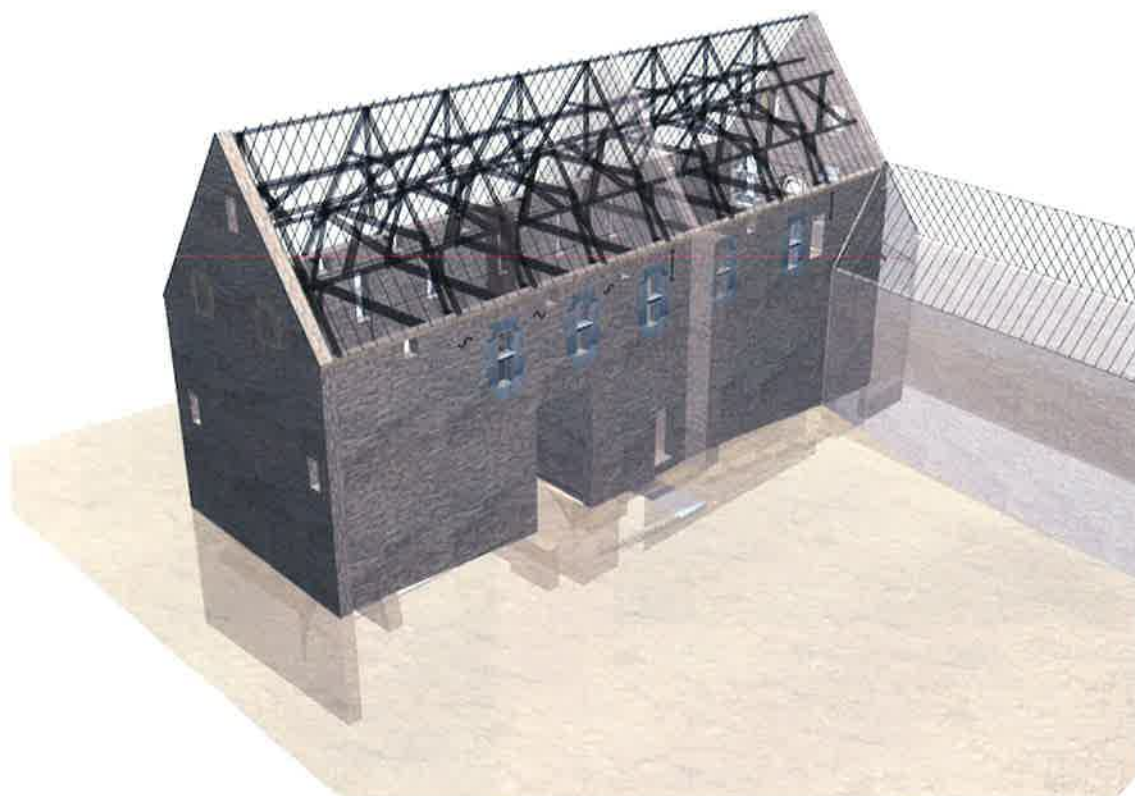
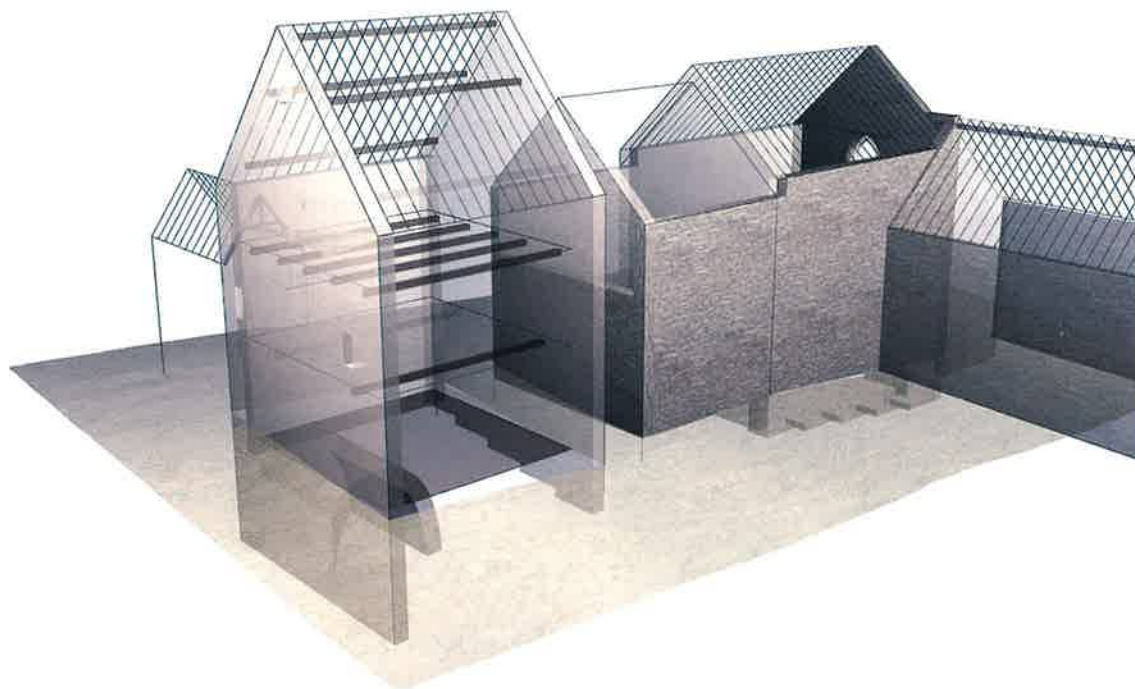
Au XVII^e siècle, les Cellites continuent à soigner les malades à domicile, les infectés en temps d'épidémies et à célébrer les funérailles. En raison de la disparition des grandes épidémies, les Cellites se consacrent à une autre catégorie d'exclus sociaux : les « déséquilibrés » qu'ils accueillent au couvent. Il semble qu'à cette époque d'importantes modifications sont apportées à l'aile orientale qui est reconstruite en brique. Une galerie la jouxte et fait le lien entre le bâtiment principal et la chapelle.

Le début du XVIII^e siècle est une époque relativement bien connue. C'est une période de grands travaux et probablement de grands changements sur le plan du statut et de la fonction générale du couvent.

D'importantes modifications s'opèrent essentiellement dans l'aile orientale. La plupart des structures primitives de cette aile vont être détruites ou englobées dans un nouveau bâtiment en brique qui correspond à celui que nous connaissons aujourd'hui. Grâce à l'étude dendrochronologique, nous pouvons dater avec précision cette grande phase de travaux. L'abattage des arbres utilisés pour la réalisation de la charpente a eu lieu au cours de l'hiver 1727-1728.



6. Cellule « capitonnée » datée par dendrochronologie de 1727-1728 (photo : Philippe Géron © In Situ – MRW, DPat).



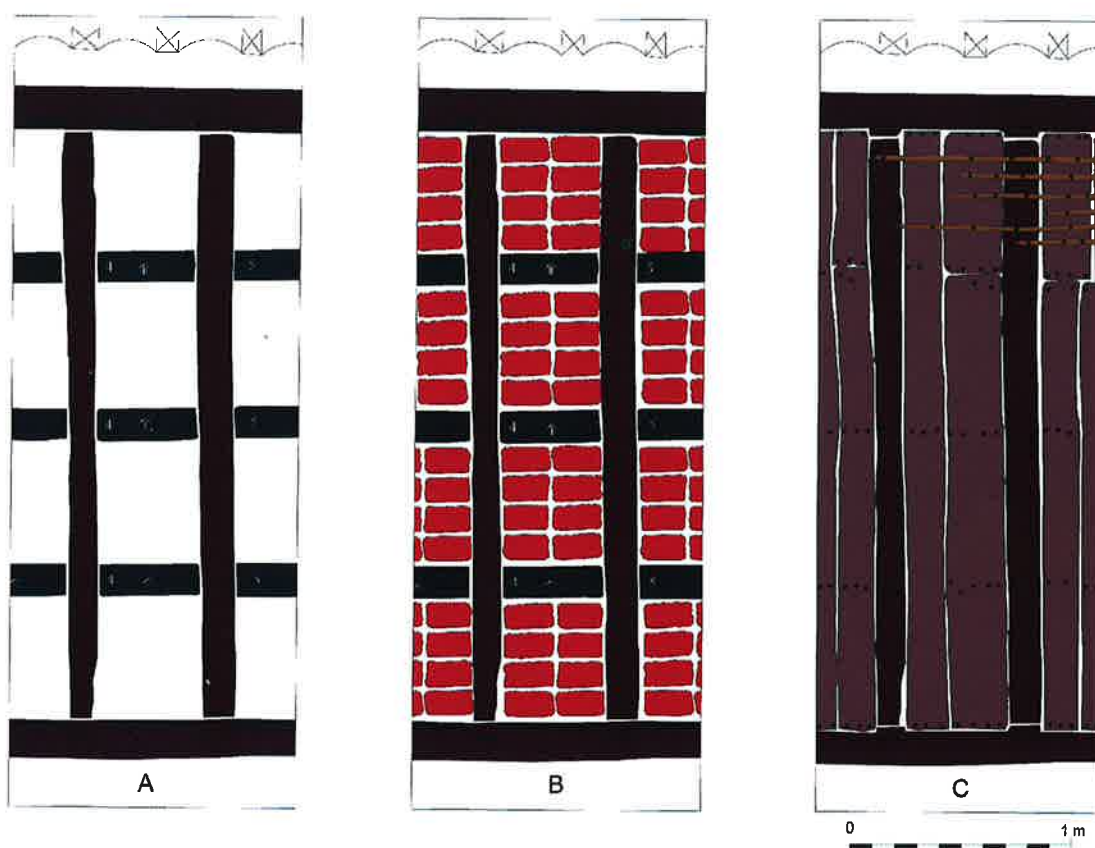
7. Reconstitution hypothétique du Couvent des Frères Cellites au début et au milieu du XVI^e siècle (© Silicium Lab & C. Bolle – MRW, DPat).

Le décapage systématique des parois a révélé un mode de construction assez original. Au premier étage, des chevrons sont inclus dans la maçonnerie des murs gouttereaux à intervalles réguliers afin d'y fixer les planches de chêne qui formeront le « capitonnage » particulier des cellules (Fig. 6). Deux séries de six cellules sont ainsi créées de part et d'autre du couloir central. Les deux anciens murs de refend sont repris dans la division de l'espace interne et de nouvelles parois sont érigées selon un mode de construction original. Il s'agit en quelque sorte d'un pan-de-bois recouvert de « lambris » (Fig. 8).

Des poteaux espacés sont chevillés sur une ou deux sablières, des entretoises moins épaisses sont chevillées aux poteaux. Elles portent des marques d'assemblage inscrites à la craie blanche. Les espaces vides entre poteaux et entretoises sont comblés par une maçonnerie de briques, de même épaisseur que les traverses, posées sur chant.

Enfin, d'épaisses planches de chêne fixées à l'aide de clous sur les entretoises masquent le remplissage de briques et égalisent l'ensemble. De fines baguettes, clouées sur ces « lambris » permettaient à l'enduit d'adhérer. Les parois en bois de ces cellules ont fait l'objet d'une analyse dendrochronologique et sont contemporaines de la charpente (1727-1728).

Ce « capitonnage » est très certainement lié à la fonction spécifique du couvent — l'accueil et l'internement de malade mentaux. Il permettait sans doute d'avoir une bonne isolation acoustique entre les cellules et peut-être d'amortir certains chocs... Une de ces cellules est particulière et pourrait être qualifiée de pièce d'isolement : en effet, à cette époque, elle ne dispose pas de jour et les orifices jouxtant son accès pourraient être interprétés comme, en haut, un judas pour surveiller le malade et, en bas, un passe-plat.



8. Reconstitution du mode de construction des parois des cellules (relevé et graphisme Bernard Raskin, © MRW, DPat).

Dans deux de ces cellules, de nombreux graffiti intéressants ont été découverts (Fig. 9, 10). Des inscriptions de tailles variables, pour la plupart en capitales romaines, ainsi que des dessins de sujets symboliques animaliers ou architecturaux sont des témoins inattendus de l'occupation de ces cellules.

Certains d'entre eux font référence à l'« Impératrice et Reine d'Hongrie », la date « 1747 » est également présente... Ces inscriptions sont actuellement protégées dans l'attente d'être entièrement dégagées et étudiées à la fin du chantier de restauration. Une lecture partielle de ces inscriptions permet néanmoins de penser que les occupants de ces cellules étaient lettrés et privilégiés.

D'après les sources historiques (LAGUESSE-PLUMIER, 1989), l'établissement des Cellites était réservé aux hommes. Entre 1747 et 1800, 253 hommes y furent enfermés. Parmi eux, des nobles, des juristes, des médecins, mais surtout de nombreux ecclésiastiques. Tous ne présentaient pas de troubles psychiques et parmi eux figuraient des curés réfractaires enfermés provisoirement chez les Cellites dans l'attente de leur déportation sur l'île d'Oléron.



9. « Graffiti » laissé par les occupants des cellules au XVIII^e siècle (photo : Philippe Géron © In Situ – MRW, DPat).

La clientèle internée chez les Cellites appartenait donc aux classes sociales aisées. L'internement n'y était pas gratuit. La famille et plus tard les autorités de placement négociaient les conditions. La cause de l'internement de la plupart des pensionnaires est la débauche souvent liée à l'alcoolisme, la mauvaise conduite et accessoirement le dérangement de l'esprit. Men-

tionnons le cas de trois fils et deux gendres qui déposèrent une supplique, car leur père et beau-père menait une vie scandaleuse avec une servante de 20 ans et de très basse extraction. Il fut enfermé neuf ans pour cette seule raison.



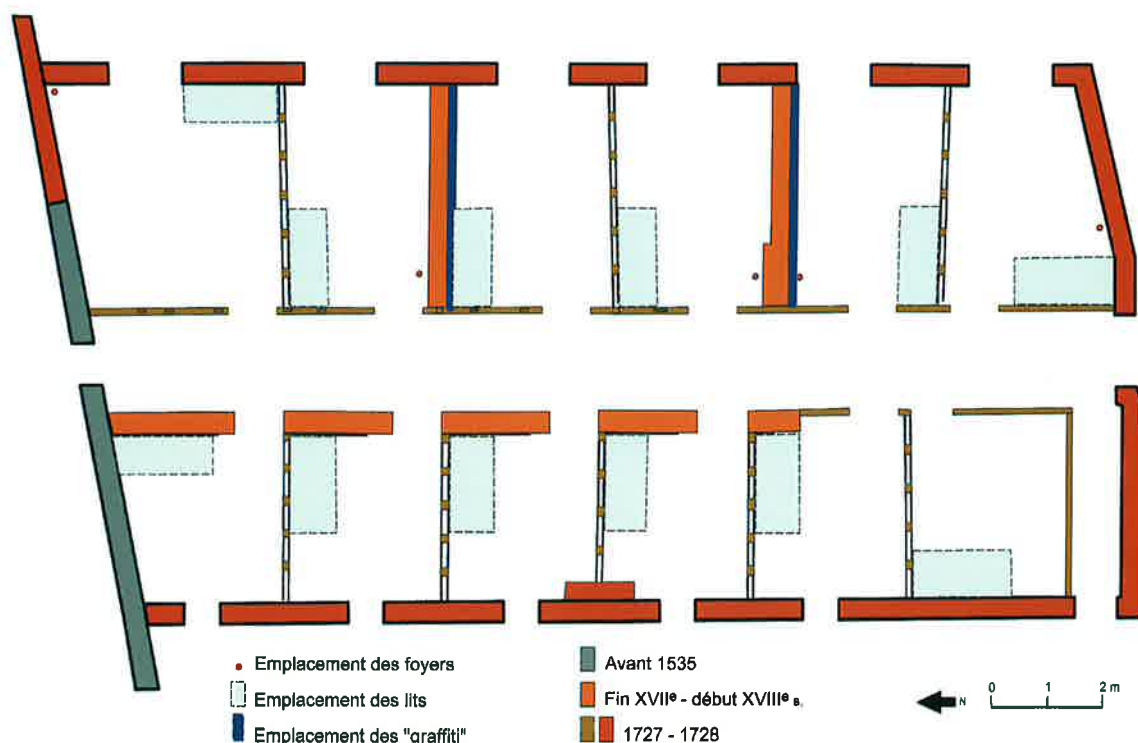
10. « Graffiti » laissé par les occupants des cellules au XVIII^e siècle (photo : Philippe Géron © In Situ – MRW, DPat).

Ces cellules ont également chacune leur particularité qui évoque une « hiérarchisation » des patients accueillis (Fig. 11). Leur confort varie : dimensions importantes pour certaines, traces d'utilisation d'un foyer pour quelques chambres, grandes fenêtres pour d'autres, et une cellule aveugle.

L'alimentation en eau de ce bâtiment est également peu commune. Les traces laissées sur le mur gouttereau côté cour à l'aplomb d'un puits, d'une trentaine de mètres de profondeur, laissent à penser qu'il devait exister à l'époque un système sophistiqué de pompage et d'élévation d'eau et ce, peut-être, jusqu'au premier étage.

Enfin, la chapelle Saint-Roch fut aussi l'objet de plusieurs remaniements au cours du XVIII^e siècle. L'accès à la chapelle devait se faire par des entrées distinctes suivant que l'on est Frère ou patient. La tribune a dû être à une époque réservée aux malades : des grilles y étaient installées. De petits orifices permettaient aux malades de suivre l'office tout en étant isolés.

À cette époque, le couvent s'organise autour d'une cour fermée. Deux ailes de plus petits gabarits, vraisemblablement destinées aux communs, délimitaient la cour à l'ouest.



11. Reconstitution de la division des espaces cellulaires et de leurs éléments en 1728 (relevé et graphisme Bernard Raskin, © MRW, DPat).

En tant qu'institution s'occupant des soins aux malades, l'hospice des Cellites échappe à la fermeture ordonnée après la révolution (LAGUESSE-PLUMIER, 1989). Il prend le nom d'« hospice de l'Humanité ». Les frères deviennent gestionnaires hospitaliers d'un service devenu public. Le nombre d'enfermés augmente considérablement dans la mesure où les frères ne contrôlent plus les entrées. La capacité d'occupation est rapidement atteinte. Cette époque enregistre donc aussi un changement du type de clientèle. Aisée durant l'Ancien Régime, la population accueillie désormais chez les Cellites appartient aux couches sociales les plus misérables.

Malgré les progrès médicaux et les demandes incessantes pour améliorer les locaux existants ou en construire de nouveaux, rien n'est réalisé. Des rapports sont rédigés pour décrire la situation désastreuse de l'Hospice. Le projet de construire sur le site de Volière un « méga-asile » selon les idées progressistes de l'époque menace de disparition l'ancien couvent et la chapelle.

Finalement, la solution peut-être la moins onéreuse, celle d'édifier une aile au sud, est rete-

nue. Les deux ailes fermant la cour au sud et à l'ouest sont démolies et une nouvelle construction en brique se développe alors sur trois niveaux. Cette vaste bâtisse est réalisée en 1880. Elle accueille un réfectoire pour plus de quatre-vingt personnes, des dépendances et un dortoir.

L'ensemble, devenu propriété du CPAS de la Ville de Liège, est utilisé jusqu'à la fin des années 1980 comme hôpital psychiatrique. Il est acheté en 1992 par le Fonds du Logement des Familles nombreuses de Wallonie afin de le restaurer et de l'aménager en logements.

L'arrivée des Cellites (1520) sur le site de la Licorne va bouleverser l'organisation et modeler les bâtiments médiévaux primitifs selon les exigences de leurs nouvelles fonctions. Au cours des siècles suivants, bien que les occupants des lieux soient toujours des Frères Cellites et que leurs tâches paraissent relativement inchangées, quelques modifications importantes sont opérées. Ainsi, les changements dans le statut du couvent semblent perceptibles dans les constructions et les aménagements apportés au couvent. À ce jour, trois grandes

étapes sont mises en évidence. La première est liée à l'installation des Cellites sur le site (1534–1535). La deuxième concerne les aménagements nécessaires pour l'accueil de nouveaux pensionnaires (1727–1728). Enfin, les travaux réalisés vers 1880 répondent aux besoins générés par l'internement de malades mentaux au statut plus précaire. Pendant plus de quatre siècles, la destination des bâtiments du site n'a pratiquement pas changé. Au travers de cette remarquable continuité, le site de la Licorne porte les traces de son adaptation à l'évolution des mentalités.

Bibliographie

- BAUWENS C. & BOLLE C., 2001. *Rapport intermédiaire de l'étude archéologique de l'ancien couvent des Frères Cellites à Liège. État de la question en novembre 2001*, rapport inédit.
- BAUWENS C., BOLLE C. & LÉOTARD J.-M., 2001. Liège : étude archéologique préalable à la restauration de l'ancien couvent des Frères Cellites dit « La Licorne », *Chronique de l'Archéologie wallonne*, 9, p. 144–147.
- BOLLE C., 1997. « *Le secret de La Licorne* ». *Étude en vue de la restauration de l'ancien couvent des frères Cellites situé rue Montagne Sainte-Walburge, 4, à Liège*, KUL, mémoire inédit.
- BOLLE C., 2000. *Rapport final de la convention relative aux conseils et à l'étude archéologique du pignon Est de l'ancien couvent des Frères Cellites à Liège*, rapport inédit.
- HOUBRECHTS D., 2001. *Analyse dendrochronologique de l'ancien couvent des frères Cellites à Liège*, Laboratoire de dendrochronologie, Université de Liège, rapport inédit.
- LAGUESSE-PLUMIER N., 1989. *Les Cellites à Liège. De l'institution privée au service public (1519–1914)*, Université de Liège, mémoire inédit.

De la salle commune à la chambre individuelle : l'évolution des infirmeries monastiques (XII^e–XV^e siècles)

Thomas COOMANS

Professeur à la Vrije Universiteit Brussel

Chercheur au Vlaams Instituut voor het Onroerend Erfgoed

Dans la littérature sur les infirmeries et les hôpitaux médiévaux, il y a toujours au moins un chapitre qui est consacré aux infirmeries monastiques (VIOLLET-LE-DUC, 1875, p. 99–120 ; CRAEMER, 1963, p. 13–35 ; LEISTIKOW, 1967, p. 17–25 ; THOMPSON & GOLDIN, 1975 ; PEVSNER, 1976, p. 139–158 ; HAVENNE, 1982 ; JETTER, 1986, p. 34–46). L'abbaye est non seulement un milieu bien organisé depuis le Haut Moyen Âge et également soucieux de tous les membres de sa communauté, y compris les infirmes, mais elle est surtout un milieu religieux dans lequel tant la maladie que le soin porté aux malades ont une dimension spirituelle profonde. Source matérielle par excellence, les bâtiments et les vestiges archéologiques des infirmeries monastiques médiévales constituent donc un apport majeur à l'histoire de l'architecture hospitalière en Occident.

La présente contribution¹ examine les apports de l'archéologie aux connaissances de la typo-

logie hospitalière en milieu monastique et porte une attention particulière à la dernière étape de son évolution. Dès la fin du XIII^e et dans le courant du XIV^e siècle, les grandes salles communes furent progressivement subdivisées en cellules individuelles. Cette transformation architecturale, bien illustrée par quelques fouilles d'infirmeries cisterciennes, traduit le désir des individus à plus de vie privée. Ce processus n'est pas propre au monde monastique ni au monde hospitalier : il correspond à une aspiration sociale et à un nouveau type de relations entre individus.

Deux sources fondamentales : la Règle de saint Benoît et le plan de Saint-Gall

Saint Benoît consacre un chapitre de sa Règle aux frères malades (SCHMITZ, 1987, chap. 36). Il y définit la dimension spirituelle de la relation entre soignant et soigné : « On prendra soin des malades avant tout et par-dessus tout. On les servira comme s'ils étaient le Christ en personne (...). De leur côté, les malades considéreront que c'est en l'honneur de Dieu

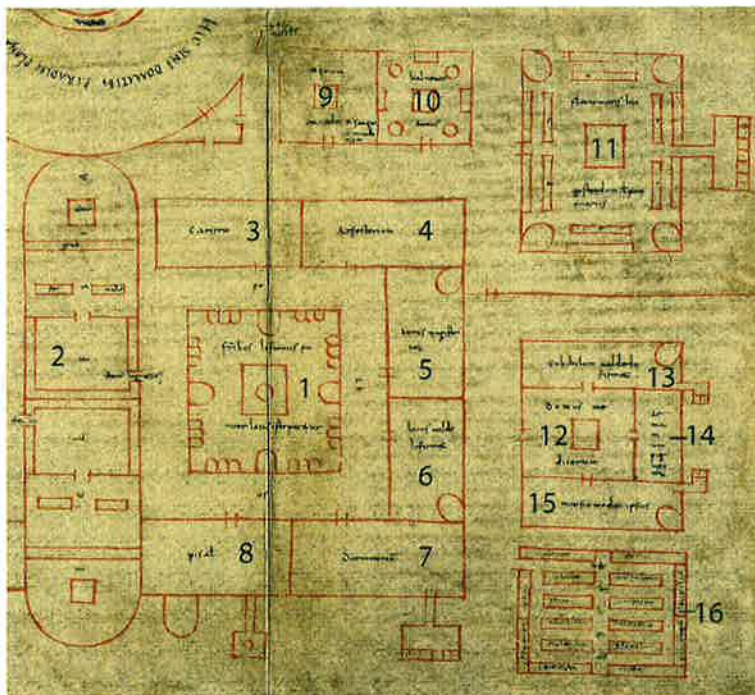
¹ Édition remaniée d'un chapitre de notre thèse pour le doctorat en archéologie et histoire de l'art, Université catholique de Louvain, 29 janvier 1997 : *Villers-en-Brabant. Analyse architecturale d'une abbaye cistercienne au Moyen Âge* (vol. 2, p. 779–797). Voir également : COOMANS, 2000, p. 431–448 ; COOMANS, 2005.

qu'on les sert ». La Règle énonce ensuite quelques recommandations pratiques, notamment sur les lieux et sur l'alimentation : « On assignera aux frères malades un logis particulier et, pour leur service, un frère craignant Dieu, diligent et soigneux. On offrira aux malades l'usage des bains toutes les fois qu'il sera expédient (...). On concédera également aux malades tout à fait débiles l'usage de la viande afin de réparer leurs forces ; mais lorsqu'ils seront rétablis, ils s'en abstiendront tous, comme à l'ordinaire ». Enfin, la responsabilité ultime de l'ordre moral et matériel dans l'infirmerie revient à l'abbé, comme partout ailleurs dans l'abbaye. La Règle de saint Benoît, texte fondamental du monachisme occidental, remonte au milieu au VI^e siècle et révèle l'importance accordée par les communautés aux confrères malades ou séniles. À notre connaissance, aucun vestige archéologique d'infirmerie monastique de cette époque n'a encore été mis au jour.

Dans l'abbaye, l'infirmerie constituait donc un monde à part où se retrouvaient les moines qui, pour des raisons de santé, ne pouvaient plus respecter la rigueur physique et mentale à laquelle était soumise la communauté dans le cloître. Trois causes principales présidaient à l'entrée d'un moine à l'infirmerie : d'abord la

vieillesse sous les formes diverses de la débilité et/ou de la sénilité ; ensuite la maladie ou l'accident ; enfin la saignée (*minutio*). Ainsi, certains ne séjournaient à l'infirmerie que le temps nécessaire à leur reconstitution, tandis que d'autres y passaient le restant de leur vie. Certains infirmes pouvaient encore suivre l'un ou l'autre office à l'église, tandis que d'autres n'en étaient plus capables.

Il serait faux de croire que l'infirmerie était le lieu de la relégation des moines incapables de suivre la vie « athlétique » de la communauté : séjourner à l'infirmerie n'était pas une punition. Inversement, considérer l'infirmerie comme un lieu de confort et de relâchement n'est pas plus exact. Du moins en théorie, car des abus ont certainement existé, avec des variantes d'un ordre à l'autre et d'une époque à l'autre. Léo Moulin l'évoque dans son ouvrage sur la vie quotidienne des moines au Moyen Âge : « On pouvait y parler ; la nourriture y était meilleure. On y jouait de la musique à l'intention des frères en état dépressif. Bref, la discipline monastique y était relâchée — c'était là une raison pour que les moines en trouvaient le chemin plus fréquemment qu'ils n'auraient dû » (MOULIN, 1978, p. 219). Effectivement, certaines sources font part de rappels à l'ordre.



1. Le complexe de l'infirmerie sur le Plan de Saint Gall, vers 825 :

1. cloître de l'infirmerie ;
2. chapelle ;
3. chambre ;
4. réfectoire ;
5. chambre de l'infirmerie ;
6. local des grands malades ;
7. dortoir avec latrines ;
8. lingerie avec four et cheminée ;
9. cuisine ;
10. bains ;
11. bâtiment de la saignée ;
12. maison du médecin ;
13. chambre des grands malades ;
14. pharmacie ;
15. chambre du médecin ;
16. jardin des plantes médicinales

(© St. Gallen, Stiftsbibliothek, Cod. 1092)

Une autre source fondamentale est le plan de Saint-Gall (Fig. 1). Produit vers 825, dans le contexte de la réforme monastique carolingienne, ce plan théorique d'une abbaye définit les différentes fonctions et propose un agencement idéal pour une infirmerie (HORN & BORN, 1979, vol. 1, p. 313-321 ; PRICE, 1982, p. 28-37). Autour d'un petit cloître situé au nord-est de l'abbatiale, faisant pendant au noviciat, s'articulent les dortoirs des malades, une pièce pour les malades contagieux, une chapelle, un réfectoire et la chambre du *magister* ; des latrines communiquent avec le dortoir. À proximité immédiate, trois bâtiments distincts regroupent les fonctions logistiques : la cuisine et les bains, la salle des saignées, la chambre du médecin et la chambre des grands malades. Un jardin des plantes médicinales complète l'ensemble. La localisation à l'écart des bâtiments claustraux, dans la zone orientale de l'abbaye, près du noviciat et du cimetière, est significative. L'existence de bains et d'une cuisine s'accorde aux recommandations de la Règle.

Cluny et la définition du type de la grande salle des malades

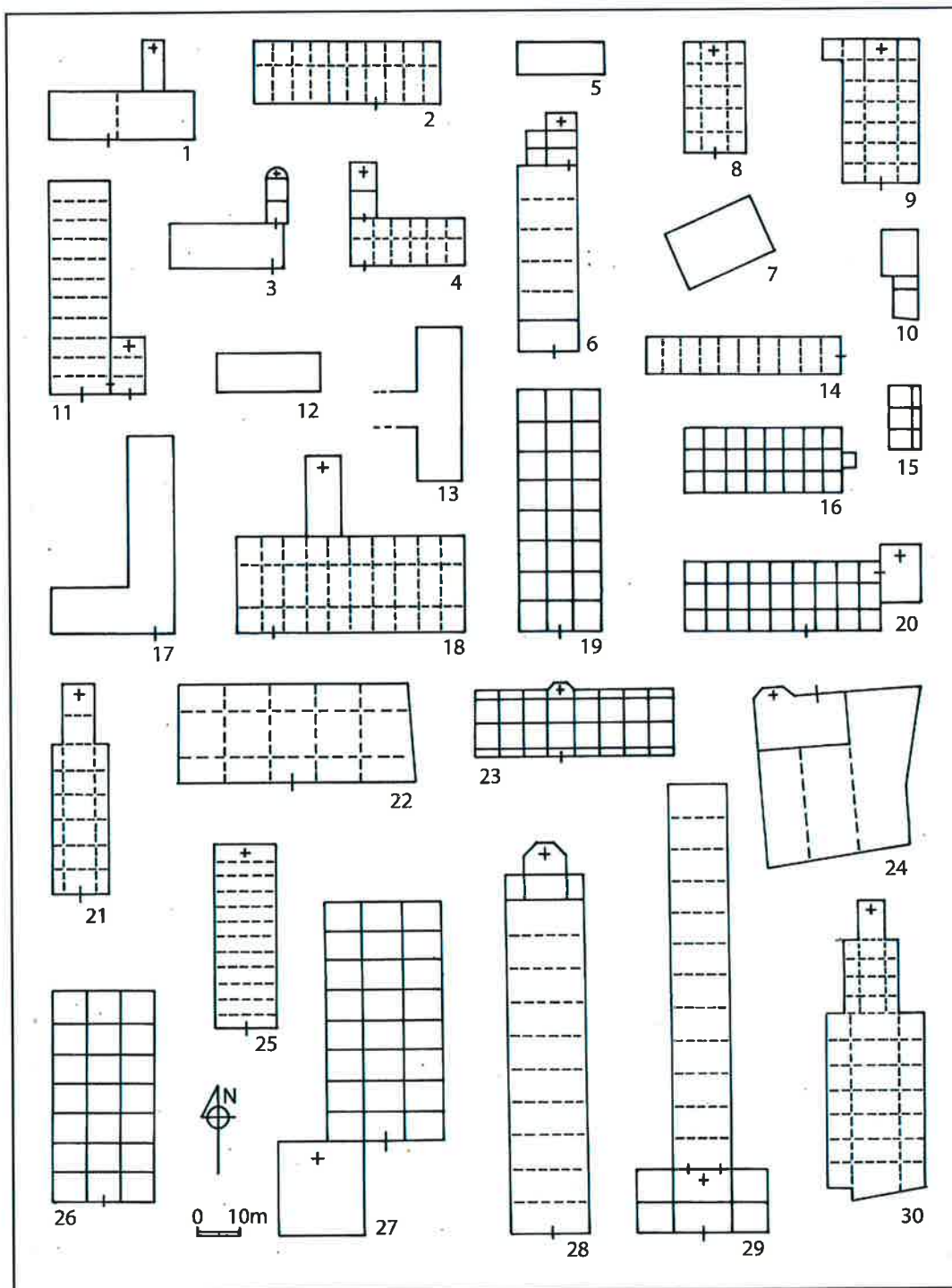
À Cluny II, sous l'abbatiate d'Odilon (994-1048), l'infirmerie se trouvait à l'est du bâtiment des moines² et regroupait les différentes fonctions au sein d'un corps de bâtiment allongé et divisé par des refends. Les malades étaient répartis dans quatre pièces de huit lits chacune. Cluny II constitue une étape importante par rapport au Plan de Saint-Gall. Un oratoire se dressait à l'est et deux galeries parallèles reliaient l'infirmerie au bâtiment des moines, définissant ainsi une cour irrégulière appelée « cloître de l'infirmerie ». Dès avant la fin du XI^e siècle se développa un complexe hospitalier de grande ampleur qui, à lui seul, allait occuper toute la partie orientale de Cluny III (CONNANT, 1973, p. 82-84 et 107-125). À une première véritable salle des malades, de deux nefs sur cinq travées, bâtie par Hugues de Semur (1049-1109), allait s'ajouter

une vaste salle de type basilical, de trois nefs sur cinq travées, dont la superficie atteignait quelque 1375 m². C'est sous l'abbatiate de Pierre le Vénérable (1122-1156) que fut édifiée cette grande salle. Des latrines et d'autres services s'y greffaient et se développaient autour d'un second cloître plus à l'est. L'ampleur du complexe répondait non seulement à une augmentation de la communauté, mais également à la coutume de l'oblature par des familles nobles de leurs rejetons malades ou débiles en échange de dotations. Pour cette raison, l'infirmerie comprenait trois sections distinctes : celle des moines temporairement malades, celle des lépreux et celle des séniles. Soucieux d'éviter de telles dérives, les nouveaux ordres, notamment les Cisterciens, refuseront l'oblature des enfants.

Le type de la salle des malades (*infirmary hall*) était en tout cas fixé dès la première moitié du XII^e siècle. Elle se développera tant dans les abbayes que dans les hôpitaux urbains moyennant des variations structurelles : si elle forme toujours un long corps de bâtiment sans étage, la salle commune a une ou plusieurs nefs, voûtées ou charpentées. Quelques exemplaires remarquables de *great halls* sont encore conservés et sont communément cités dans toutes les synthèses sur l'architecture hospitalière (cfr n. 1). La figure 2 présente à même échelle et selon leur axe d'orientation les plans de trente infirmeries monastiques et hôpitaux, pour la plupart des XII^e et XIII^e siècles. La structure principale est indiquée ainsi que la localisation de la chapelle. Cette dernière est tantôt dans la salle tantôt séparée, mais toujours orientée.

- Salle à nef unique, couverte d'un berceau lambrissé : hôpital de La Bijloke à Gand, 1251-1255, chapelle latérale (11) ; Heilig-Geist-Hospital à Lübeck, vers 1284, chapelle séparée, à l'entrée (29) ; hôpital Notre-Dame des Fontenilles à Tonnerre, 1293-1303, chapelle axiale (28) ; Hôtel-Dieu à Beaune, 1443-1451, chapelle axiale (25) ; Hospice comtesse à Lille, 1468, chapelle axiale ; infirmeries des abbayes cisterciennes de Furness (6), de Villers (17), d'Aduard (13), etc.

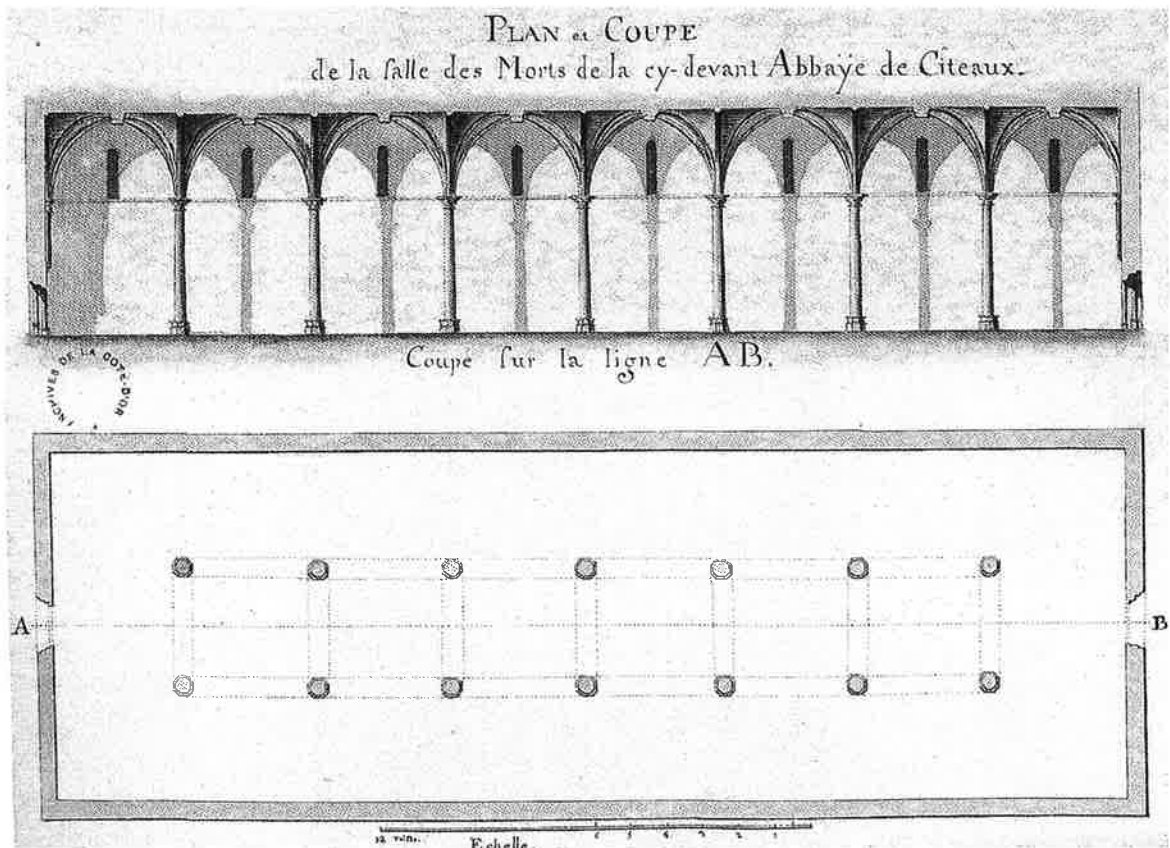
² En raison de la topographie, l'infirmerie n'y était pas parallèle au bâtiment des moines.



2. Plans schématiques comparés de grandes salles d'infirméries médiévales, à même échelle.

Infirméries cisterciennes : 1. Beaulieu, GB, 420 m² ; 2. Rievaulx, GB, 675 m² ; 3. Pforta, D, 297 m² ; 4. Waverley, GB, 315 m² ; 5. Furness I, GB, 168 m² ; 6. Furness II, GB, 532 m² ; 7. Kirkstall I, GB, 260 m² ; 8. Kirkstall II, GB, 354 m² ; 9. Tintern, GB, 630 m² ; 10. Alvastra, S, 105 m² ; 11. hôpital de La Bijloke, B, 780 m² ; 12. St Urban, CH, 237 m² ; 13. Aduard, NL, 390 m² ; 14. Fossanova, I, 375 m² ; 15. Netley, GB, 85 m² ; 16. Eberbach, D, 608 m² ; 17. Villers, B, 770 m² (?) ; 18. Fountains, GB, 300 m² ; 19. Cîteaux, F, 1100 m² ; 20. Ourscamp, F, 799 m².

Infirméries et hôpitaux non cisterciens : 21. Chichester, GB, 510 m² ; 22. Cluny III, F, 1375 m² ; 23. Rhodes, G, 768 m² ; 24. Bruges, hôpital Saint-Jean, B, 1360 m² ; 25. Beaune, F, 697 m² ; 26. Le Mans, F, 1249 m² ; 27. Angers, F, 1681 m² ; 28. Tonnerre, F, 1637 m² ; 29. Lübeck, D, 1316 m² ; 30. Canterbury, GB, 966 m² (© THOC 2003).



3. Infirmerie de Cîteaux, plan et coupe longitudinale de la grande salle, relevés en 1790 (© Archives départementales de Côte-d'Or, Q 824)

- Salle avec bas-côtés, couverte d'une charpente en bois : Cluny III (22) ; infirmerie du prieuré de Christ Church à Canterbury, vers 1165, sept travées, chapelle axiale (30) ; St Mary's Hospital à Chichester, vers 1290, chapelle axiale (21) ; aux infirmeries des abbayes cisterciennes de Kirkstall (8), de Tintern (9), de Fountains (18), etc.
- Halles à trois nefs voûtées et d'égale hauteur : hôpital Saint-Jean à Angers, vers 1175-1185 (27) ; Maison-Dieu de Coëffort au Mans, avant 1189 (26) ; infirmeries des abbayes cisterciennes de Cîteaux (19) (Fig. 3), d'Ourscamp (20), d'Eberbach (16), etc.
- Il y a également des salles à deux nefs, tantôt de même hauteur, comme au Grand Hôpital des chevaliers de Rhodes, 1440-1489 (23), tantôt composées d'une nef haute et d'un bas-côté, comme aux infirmeries des abbayes cisterciennes de Rievaulx (2) et de Waverley (4).

Le type de la halle se développe donc selon les variantes structurelles et peut d'ailleurs croître par l'adjonction de travées supplémentaires sur l'axe principal ou l'adjonction de nefs latérales, comme à l'hôpital Saint-Jean à Bruges, fin XII^e-XIV^e siècle (24). Il n'est pas exceptionnel que deux salles, à une ou à plusieurs nefs, s'agencent à angle droit, formant un plan en L comme à Villers (17), ou un plan en T comme au St Mary Spital à Londres, avant 1400, ou à l'infirmerie d'Aduard (13), 1297.

Les infirmeries monastiques ne peuvent pas être considérées comme un phénomène isolé, d'autant plus que les rares exemplaires conservés, principalement chez les Cisterciens et à partir de la fin du XIII^e siècle, présentent de fortes analogies architecturales avec d'autres institutions de bienfaisance. En somme, les connaissances médicales, fondées sur Hippocrate et Galien, ne devaient guère différer entre les milieux monastiques et les milieux urbains aux XII^e et XIII^e siècles. « Il ne faut d'ailleurs pas se faire d'illusion : les traitements médicaux

étaient généralement inadéquats et l'aide de Dieu était considérée comme plus importante que celle d'un docteur ou d'un moine infirmier » (PEVSNER, 1976, p. 141). Nous verrons cependant qu'au sein de l'abbaye, l'infirmier a une signification spécifique.

Organisation de l'infirmierie cistercienne aux XII^e et XIII^e siècles

Les règlements cisterciens, codifiés dès le XII^e siècle dans les *Ecclesiastica officia*, donnent des précisions là où la Règle laisse libre cours aux appréciations. Deux chapitres distincts y sont consacrés, l'un aux moines infirmes (*de infirmis qui sunt in infirmitorio*), l'autre au moine infirmier (*de infirmario*) (CHOISSELET & VERNET, 1989, chap. 92 et 116). Extrêmement précis, ce règlement est une source exceptionnellement vivante et humaine. Elle permet d'imaginer la vie quotidienne de moines du XII^e siècle et répond à nombre de questions que vient à se poser celui qui étudie les bâtiments et leur utilisation. En filigrane des recommandations apparaissent de nombreuses allusions aux bâtiments et à leurs dispositions. Les conséquences architecturales de ces règlements expliquent les récurrences qui s'observent dans de nombreuses abbayes de l'ordre cistercien à travers l'Europe.

À partir du moment où un moine était reçu à l'infirmierie, il ne pouvait plus fréquenter les bâtiments monastiques. Guéri, il ne réintégrait la communauté qu'après en avoir reçu la permission. À l'infirmierie, le silence était de rigueur, excepté avec l'infirmier. Tous les infirmes mangeaient à l'infirmierie et jouissaient d'un régime de faveur, comprenant de la viande et des épices, exclues de l'ordinaire monastique. Le plus important restait toutefois le rythme quotidien des heures : les malades chantaient les offices à l'infirmierie, sauf ceux qui étaient capables de se rendre à l'église. Ils y occupaient une place séparée, distincte du chœur des moines. Le reste du temps et lorsqu'ils le pouvaient, les infirmes s'occupaient en lisant ou en faisant de petits travaux. L'infirmierie était réservée aux seuls moines, car

les frères convers avaient une infirmerie distincte dont il sera question plus loin. Toutefois, les abbés et les évêques cisterciens étaient admis dans l'infirmierie des moines et étaient également autorisés à y parler dans certaines circonstances.

La fonction, ou plutôt le service d'infirmier, devait quelquefois être extrêmement lourd et l'infirmier était alors secondé. N'étant pas soumis au régime des infirmes, il assistait, dans la mesure du possible, aux offices dans le chœur des moines, organisait les offices dans l'infirmierie, devait chercher et rapporter les livres utiles aux offices et à la méditation, assister au chapitre quotidien et faire part des décisions importantes aux infirmes, aller demander le nécessaire au cellérier, entrer à la cuisine et au réfectoire pour le service des infirmes, etc. L'infirmier ne mangeait pas à l'infirmierie mais au réfectoire avec la communauté. C'était l'infirmier qui accueillait et installait les malades, devait rester à leur chevet et, le samedi, laver les pieds de ceux qui le désiraient (coutume monastique du *mandatum*, symbole de l'accueil christique). C'est également à l'infirmier qu'incombait la préparation des saignées (*minutiones*) qui se déroulaient dans le chauffoir. Enfin, lorsqu'un malade agonisait, il le préparait à mourir, appelait la communauté à son chevet et, après le décès, lavait le corps du mort avant son transfert à l'église pour les veilles et l'enterrement.

En ce qui concerne les bâtiments, les règlements laissent entendre qu'autour de la salle avec les lits se trouvaient un parloir, des tables pour le repas, un feu, une cuisine, voire un réfectoire distinct, des bains ainsi qu'un local pour la toilette des défunts — la dite « salle des morts ». Les *Ecclesiastica officia* ne mentionnent pas explicitement l'existence d'une chapelle ni la célébration de messes dans l'infirmierie. Il n'y est pas davantage question d'un scénario en cas d'épidémie.

À côté des coutumiers ou règlements qui régissent essentiellement le déroulement de la vie quotidienne, l'organisation, la discipline et les tâches, les *statuta* des chapitres généraux

donnent des informations complémentaires. Ces décisions à caractère législatif énoncent souvent des punitions à l'encontre d'abbés ou d'abbayes qui ont enfreint les règlements. À propos des infirmeries, il s'agit essentiellement du non-respect de la clôture monastique par des laïcs, d'excès alimentaires, de laxisme disciplinaire (CASSIDY-WELCH, 2001, p. 141-143), sans oublier ceux qui simulaient la maladie simplement pour pouvoir bénéficier du régime de faveur de l'infirmerie.

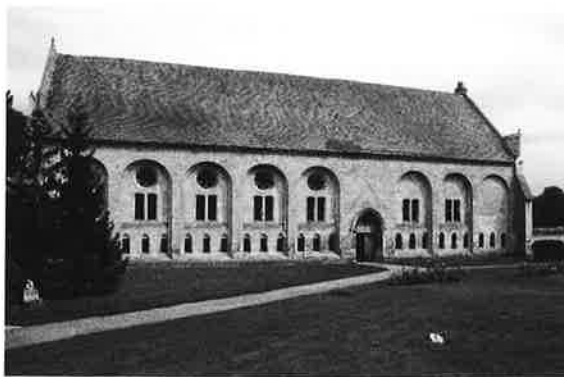
Les coutumiers ne font pas état de pratique médicale, si ce n'est les exceptions alimentaires et les saignées. Celles-ci étaient largement pratiquées au Moyen Âge, mais recevaient dans les abbayes une dimension quasi liturgique (CASSIDY-WELCH, 2001, p. 147-165). Suivant un rituel précis, chaque moine devait être saigné quatre fois par an afin d'éliminer le « mauvais sang » de son corps. C'était l'abbé qui décidait quand un moine serait saigné et qui fixait la quantité de sang à extraire. Le rôle de l'infirmier semble donc se limiter à l'organisation matérielle des lieux et au contrôle disciplinaire à l'intérieur de l'infirmerie.

Faisait-on appel à des médecins laïcs dans certaines circonstances ? Séparait-on les malades contagieux des vieillards ? Bref, quel était le niveau des connaissances médicales des moines et leurs pratiques au Moyen Âge ? Partant du nombre de manuscrits médicaux présents dans les bibliothèques des Cisterciens en Angleterre, David Bell a démontré que l'intérêt médical des moines blancs était loin d'être négligeable et s'accordait avec les infirmeries monastiques du XIII^e siècle dont l'ampleur exprime le même intérêt (BELL, 1989, p. 139-174 ; BELL, 1998, p. 211-237). Par ailleurs, la présence de *physicus* ou de *medicus*, c'est-à-dire de médecins laïcs, comme témoins dans des chartes d'abbayes cisterciennes anglaises — les seules pour lesquelles cette recherche a été faite — prouve que les Cisterciens du XIII^e siècle étaient réceptifs à l'expertise de spécialistes externes à leur milieu (CASSIDY-WELCH, 2001, p. 145-147).

Quant au jardin des plantes médicinales qui jouxtait forcément l'infirmerie, les règlements n'en parlent pas et n'en confient pas la responsabilité à un moine particulier. Les jardins de plantes qui se voient aujourd'hui sur quelques sites sont des aménagements récents et, à notre connaissance, aucune fouille mettant en œuvre des investigations paléo-botaniques n'a encore eu lieu à l'emplacement d'un jardin des plantes monastique médiéval.

Infirmeries cisterciennes du XIII^e siècle³

Quatre grandes salles des malades d'abbayes cisterciennes sont conservées en élévation et appartiennent aux plus beaux exemplaires de leur typologie : à Ourscamp en France (Fig. 4), à Aduard aux Pays-Bas, à Eberbach en Allemagne et à Fossanova en Italie. La Bijloke à Gand n'est pas une infirmerie monastique, mais un hôpital desservi par des Cisterciennes ; nous ne l'incluons donc pas dans le développement qui suit.



4. Infirmerie d'Ourscamp, grande salle vue depuis l'ouest (© THOC, août 1992).

La plupart du temps, à l'instar de ce qui se passa à Villers, les infirmeries médiévales furent détruites ou réaffectées et profondément transformées dès le XVI^e siècle ; des chambres individuelles pour les moines malades étant alors aménagées dans d'autres bâtiments ou, plus

³ Lorsqu'il mourut en 1975, le père Anselme Dimier travaillait à un inventaire des infirmeries cisterciennes. Ses notes ont été publiées, mais restent incomplètes et dépourvues de synthèse (DIMIER, 1982, p. 804-825). Sur les infirmeries cisterciennes, voir KINDER, 1997, p. 362-366 ; WILLIAMS, 1998, p. 250-253.

rarement, construites à neuf. En Grande-Bretagne où les abbayes furent ruinées suite à la suppression en 1536–1538, les infirmeries mises au jour lors des fouilles présentent une configuration tardo-médiévale. Dans quelques cas, non seulement les salles des malades, mais également les bâtiments annexes — chapelles, cuisines, couloirs, etc. — ont fait l'objet de fouilles et d'études archéologiques. L'apport des abbayes anglo-saxonnes à la connaissance des infirmeries monastiques et de leur évolution est donc essentiel.

L'infirmerie des moines se trouve presque toujours à l'est des bâtiments monastiques et avoisine le cimetière au chevet de l'église, comme déjà sur le Plan de Saint-Gall. Cette situation au sein du petit enclos résulte de considérations spirituelles, médicales et pratiques. Le levant est le lieu symbolique de la résurrection du Christ, de la victoire de la vie sur la mort, de la lumière sur les ténèbres. Cette signification spirituelle définit l'orientation générale des bâtiments ; l'est ou le levant étant la partie la plus sacrée de l'abbaye, celle où se trouvent le chœur et le chevet de l'église, le chapitre et le cimetière. Ensuite, cette localisation répond à la croyance en les vertus curatives de l'orientation telles que définies par Hippocrate : « les chaleurs et les frimas y sont plus modérés, le soleil levant est purifiant et les eaux qui font face au soleil levant sont plus claires, douces et délicieuses. Les personnes qui résident de ce côté ont une complexion plus fine, une voix plus claire, un meilleur tempérament ; elles sont plus intelligentes et moins souvent malades » (BELL, 1998, p. 220–221).

L'orientation de la salle des malades varie suivant les cas, car elle est tributaire de la topographie locale et surtout du réseau hydraulique, particulièrement important, car de l'eau pure devait y desservir les bains et la cuisine. Ainsi, certaines salles des malades sont axées nord-sud et sont donc parallèles à l'aile orientale du cloître⁴. D'autres sont axées est-ouest

⁴ Notamment à Longpont et Les Dunes (d'après iconographie) ; Aulne, Beaulieu, Eberbach, Fontenay, Fountains, Furness (premier état), Ourscamp, Rievaulx, Roche, Schönau, St. Urban et Waverley.

et perpendiculaires à l'aile orientale du cloître : tantôt elles sont éloignées du bâtiment des moines⁵, tantôt elles en touchent l'extrémité⁶. Marcel Aubert affirme que cette dernière configuration est la plus ancienne (AUBERT, 1948, p. 150), mais cela reste à démontrer. Dans quelques cas, et non des moindres, l'infirmerie des moines ne se trouve pas à l'est mais au sud des bâtiments claustraux, toujours au sein du petit enclos. C'est notamment le cas à Aduard, à Furness et à Fossanova. Les causes en sont clairement liées à la topographie et au réseau hydraulique. Dans l'attente de fouilles, c'est parfois grâce aux seuls égouts qu'il est possible de localiser l'infirmerie, à Fontenay par exemple (BOURGEOIS, 2000, p. 137–138 et fig. 340).

Si l'infirmerie était à l'écart, elle n'était pourtant pas isolée. Les fouilles et l'iconographie montrent que la salle des malades est souvent reliée au bâtiment des moines par une galerie. Parfois, c'est un simple couloir qui aboutit à hauteur du passage transversal du bâtiment des moines et peut être très long⁷. Plus souvent c'est une cour plus ou moins fermée par d'autres bâtiments⁸, dont un flanc est occupé par une galerie qui peut faire retour et longer une face de la salle des malades⁹. Il arrive qu'un véritable cloître, entièrement fermé et entouré de quatre galeries, occupe l'espace entre le bâtiment des moines et l'infirmerie. Il est alors question d'un « petit cloître » ou d'un « cloître de l'infirmerie ». Sur les plans anciens, on en voit plusieurs à Clairvaux, un assez grand à Cîteaux, également à Longpont et aux Dunes (Fig. 5). Les fouilles ont mis au jour un petit cloître trapé-

⁵ Cîteaux et Clairvaux (d'après iconographie) ; Alvastra, Furness (second état), Jervaulx, Kirkstall, Maulbronn et Tintern.

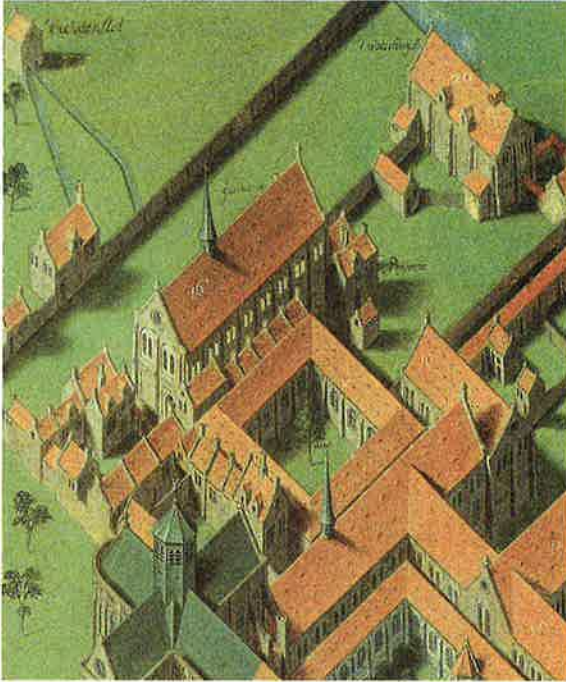
⁶ Basingwerk (?), Bildhausen (?), Bronnbach, Byland, Chorin (?) Netley et Pforta (premier état).

⁷ Fountains (58 m), Kirkstall (35 m) ou Beaulieu (31 m) ; des couloirs survivent à Eberbach et Maulbronn.

⁸ Notamment les latrines et le noviciat.

⁹ Notamment à Byland (?), Jervaulx, Pforta, Rievaulx, Schönau et Waverley. Dans quelques cas, notamment à Lilienfeld, subsistent des couloirs correctement implantés, mais on ne sait s'ils menaient à une infirmerie.

zoïdal à Roche et l'emplacement d'un assez grand second cloître à Tintern. À Tintern et à Fountains, un passage couvert (xiv^e siècle) reliait directement l'infirmerie au chœur de l'église. Ces deux églises possèdent un chœur à bas-côtés et c'est sans doute dans un de ces bas-côtés que les infirmes prenaient place.



5. Infirmerie des Dunes : petit cloître, grande salle et annexes (détail du tableau de Pieter Pourbus, 1580, © Bruges, Groeningemuseum, Inv. 0.1534.I)

Non loin de l'infirmerie se dressait souvent le logis de l'abbé qui bénéficiait des mêmes infrastructures hydrauliques et partageait quelquefois la cuisine de l'infirmerie. Car les abbés mangeaient également de la viande, en tout cas à partir de la fin du xiii^e siècle (*meat kitchen*). Le plus ancien cas documenté est le logis de l'abbé Aelred à Rievaulx, vers 1160. Construit à un endroit « stratégique », le logis d'Aelred est perpendiculaire au bâtiment des moines et à l'infirmerie, et forme le côté nord du « petit cloître ». En raison de sa santé fragile, Aelred était soigné par deux moines et prenait des bains quotidiens (FERGUSON, 1998, p. 41–56). Trois siècles plus tard, dans la dernière phase d'occupation des lieux avant la suppression de l'abbaye, les abbés de Rievaulx étendront leur logis à la grande salle de l'infirmerie (Fig. 6).



6. Infirmerie de Rievaulx, galerie septentrionale du cloître et mur occidental de la grande salle (© THOC, juillet 1997)

Grandes salles des malades

Le type des grandes salles ouvertes, telles qu'évoquées précédemment, se rencontre avec toutes ses variantes dans les abbayes cisterciennes à la fin du xii^e et surtout au xiii^e siècle (Fig. 2).

- Salle à nef unique couverte d'un berceau lambrissé, aux infirmeries de Fossanova (1197) et de Aduard (achevée en 1297). Exemplaires fragmentaires ou plans mis au jour par les fouilles, notamment à Beaulieu xiii^e siècle), à Villers (vers 1225–1250) et à Furness (second état, début du xiv^e siècle).
- Salle à une nef voûtée d'ogives. Exemplaires en ruines à Jervaulx (xiii^e siècle), à Furness (premier état, début du xiii^e siècle) et à Netley (xiii^e siècle).
- Salle à deux nefs, sans doute couverte d'une charpente, à Clairvaux (d'après l'iconographie, xii^e ou xiii^e siècle ?), à Rievaulx (1155–1157) et à Waverley (peu avant 1200).
- Salle de type basilical, avec deux bas-côtés, couverte d'une charpente en bois. Aucun exemplaire complet, mais fragments et plans mis au jour par les fouilles, notamment à Fountains (1220–1250), à Kirkstall (fin du xii^e siècle) et à Tintern (fin du xiii^e siècle).

- Salle à trois nefs voûtées d'ogives, notamment à Cîteaux (Fig. 3) (d'après l'iconographie, début du XIII^e siècle), à Ourscamp (vers 1220–1240), à Eberbach (début du XIII^e siècle) (Fig. 8).
- Salles dont la structure et la division ne peuvent être précisées : Longpont (d'après iconographie, XIII^e siècle), Les Dunes (d'après iconographie, XIII^e siècle), Byland (XIII^e siècle), Roche (?) (1181–1213), Maulbronn (fin XII^e siècle ?), Schönau (XIII^e siècle ?), St. Urban (XIII^e siècle).

Les superficies de ces salles varient également. Elles peuvent atteindre des dimensions gigantesques comme à Fountains (1114 m²), à Cîteaux (1100 m²) et à Ourscamp (799 m²), ou rester modestes comme à Alvastra (104,5 m²).



7. Infirmerie de Furness, mur oriental de la grande salle (© THOC, juillet 1997).

Quelques cas de déplacements d'infirmeries monastiques ont été identifiés lors de fouilles. Le plus spectaculaire est assurément celui de Furness (DICKINSON, 1965, p. 9–13) en Grande-Bretagne où une première petite salle des malades (176 m²), construite au début du XIII^e siècle au sud-est du cloître, fut remplacée un siècle plus tard par une grande halle (532 m²) avec chapelle et cuisine octogonale, au sud de l'abbaye (Fig. 7 et 16E).

L'ancienne infirmerie fut alors transformée en logis abbatial. Les grandes salles des malades bâties au XIII^e siècle remplacent obligatoirement des édifices antérieurs, jugés insuffisants, mais

ces infirmeries primitives constituent un sujet à peu près inexploré.

L'infirmerie de Rievaulx, bâtie en 1155–1157 par l'abbé Aelred, est la plus ancienne infirmerie cistercienne connue et étudiée (FERGUSSON & HARRISON, 1999, p. 111–127) ; elle avait deux nefs et une superficie de 675 m². Les fouilles de Kirkstall ont mis au jour une série de trous de pieux qui définissent l'alignement de l'infirmerie du XII^e siècle (MOORHOUSE & WRATHMELL, 1987, p. 51–56) (Fig. 19) ; c'était un hall en pan-de-bois d'environ 300 m² (14 x 22 m). À Boudelo, les fondations d'une infirmerie de plan carré et quatre poteaux centraux suggèrent également une structure en pan-de-bois et une toiture pyramidale, sans doute couverte de chaume (DE BELIE, 1997, p. 98–104). Ce bâtiment de la première moitié du XIII^e siècle fut reconstruit et agrandi plus tard.

Parmi cette énumération, quatre bâtiments émergent par leur qualité et leur état de conservation.

- L'infirmerie d'Ourscamp (Fig. 4), bâtie vers 1220–1240, est un édifice gothique de trois nefs sur neuf travées, entièrement voûté d'ogives culminant à une dizaine de mètres de hauteur. Les murs épaulés par de robustes contreforts s'articulent par un système d'arcs de décharge montant jusqu'à la hauteur des voûtes en englobant trois niveaux de fenêtres (dont il sera question plus tard) (VIOUET-LE-DUC, 1875, p. 105–108 ; BIDEAULT & LAUTIER, 1987, p. 278–280).
- L'infirmerie d'Eberbach (Fig. 8), bâtie vers 1220, présente un plan assez semblable de trois nefs sur huit travées, mais son élévation diffère fort de celle d'Ourscamp. Elle est encore romane, tant par la structure en voûtes d'arêtes, que par son élévation et sa luminosité plus faibles. Les chapiteaux des colonnes, tous différents, sont décorés de motifs végétaux (LUTHMER, 1907, p. 167–170).



8. Infirmerie d'Eberbach, vue intérieure de la grande salle (LEISTIKOW, 1967, fig. 8).

- L'infirmerie (*ziekenzaal*) d'Aduard (Fig. 9), achevée en 1297, est un grand volume en brique à nef unique sur neuf travées. La couverture est un berceau en plein-cintre charpenté avec entrails. Le bâtiment s'articulait en son centre avec une aile faisant retour vers le nord (VAN DER HEIDEN, 1991, p. 81-86 ; VAN DER HEIDEN, 1992). Les deux niveaux de fenêtres et les carreaux de pavement seront évoqués plus loin.



9. Infirmerie d'Aduard, vue intérieure vers l'est (© THOC, juillet 2000).

- L'infirmerie de Fossanova, fondée en 1197, est une salle à nef unique, longue de dix travées. La toiture (restituée) repose sur des grands arcs doubleaux d'une portée de 8 m. Deux niveaux de fenêtres percent les murs qui sont également équipés de niches murales. D'après les traces sur les murs, d'autres bâtiments s'articulaient à l'arrière de la salle, mais ils ne sont pas identifiés.

Fenêtres, cheminées, carrelages, enduits et mobilier

À Ourscamp, à Aduard et à Fossanova se superposent plusieurs niveaux de fenêtres : des petites lancettes dans la partie inférieure et des grandes baies dans la partie supérieure. Les premières n'ayant à l'origine que des volets et les secondes étant vitrées, l'éclairage et la ventilation y paraissent donc bien distincts¹⁰. L'éclairage abondant devait sans doute mieux convenir aux infirmeries qui, contrairement aux dortoirs, étaient occupées toute la journée et avaient un caractère plus sacré.

Si l'air pur et la ventilation étaient les fondements de la médecine médiévale issue d'Hippocrate et de Galien, la lumière, provenant de fenêtres semblables à celles des églises, signifiait la lumière du Christ ressuscité dans son corps meurtri. John Thompson et Grace Goldin font des remarquables fenêtres de l'infirmerie d'Ourscamp (Fig. 10) une description fine : « La rosace et les deux fenêtres élancées en dessous ne s'ouvrent pas et étaient destinées à inonder l'espace comme si c'était une église. Les trois petites fenêtres près du sol sont à hauteur d'homme, s'ouvrent et assurent la ventilation. Ces fenêtres « sacrées » et « profanes » expriment la double fonction de la salle d'hôpital. Les malades sont en somme des êtres très humains : ils se nourrissent et éliminent, ils portent des pansements, ils vomissent et hurlent de douleur ; mais en même temps ils sont des candidats potentiels au salut, en route vers le paradis » (THOMPSON & GOLDIN, 1975, p. 21-22 ; BELL, 1998, p. 228-229).

Couchés sur le dos, les malades devaient avoir de ces fenêtres hautes une perception particulièrement impressionnante. L'élévation à plusieurs niveaux, monumentale, gothique et symbolique, ne se développe qu'à partir du XIII^e

¹⁰ On notera à ce propos que, dans les hôpitaux d'Angers et de Tonnerre, il n'y a qu'un seul niveau de fenêtres, mais elles naissent respectivement à 3 m et 5 m de hauteur. Pour Tonnerre, Viollet-le-Duc restitue des galeries au-dessus des lits permettant et de les surveiller et d'accéder aux fenêtres ; il observe en outre que les fenêtres latérales sont vitrées avec des grisailles (VIOUET-LE-DUC, 1875, p. 112-113).

siècle et s'accompagne la plupart du temps de hautes structures voûtées d'ogives.



10. Infirmerie d'Ourscamp, fenêtres et effet de lumière (© THOC, août 1992).

À cet égard, les lancettes de l'infirmerie de Villers, combinant éclairage et ventilation, présentent une solution plus modeste, car il n'y a pas de niveau supérieur (Fig. 11). Les baies y étaient divisées par une traverse en bois au-dessus de laquelle le jour était vitré (encadrement rainuré), tandis que la partie inférieure était traversée par un meneau en bois sur lequel se rabattaient deux volets (battée et gonds). La maçonnerie entre chaque fenêtre est équipée d'une niche dont le fond était couvert de petits carreaux vernissés et qui était pourvue d'une tablette en bois à mi-hauteur (rainure). Chaque niche correspondait à l'emplacement d'un lit. Des armoires murales du même type s'observent à Fossanova, à Bebenhausen¹¹, à Tintern et à Ourscamp.

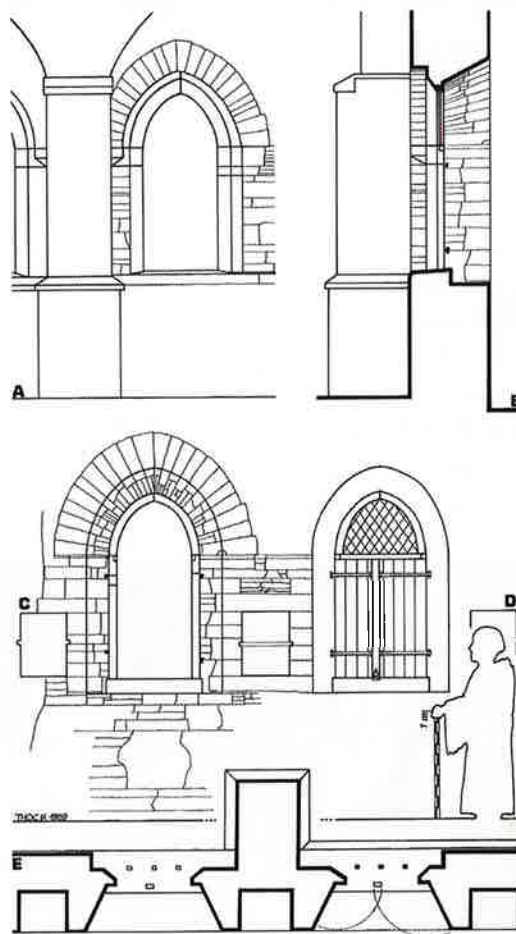
Des cheminées font partie de l'équipement des infirmeries. Toujours pariétales et, pour autant que leurs datations soient correctes, les cheminées se rencontrent dans les infirmeries cisterciennes du XIII^e siècle¹². La plupart paraissent toutefois être des adjonctions des XIV^e et XV^e siècles¹³ (Fig. 16).

¹¹ La partie inférieure du mur oriental de l'infirmerie, intégrée dans le *Neuer Bau* construit après la suppression de l'abbaye au XVI^e siècle, se laisse aisément reconnaître à son alternance de fenêtres et de niches.

¹² Notamment contre les pignons de l'infirmerie de Fountains ; une au centre du mur est de Rievaulx ; au centre des murs nord à Netley et Jervaulx ; au milieu du pignon sud d'Ourscamp.

¹³ Notamment à Beaulieu (avec mur de refend), Kirkstall, Rievaulx, Fountains, Tintern et Waverley.

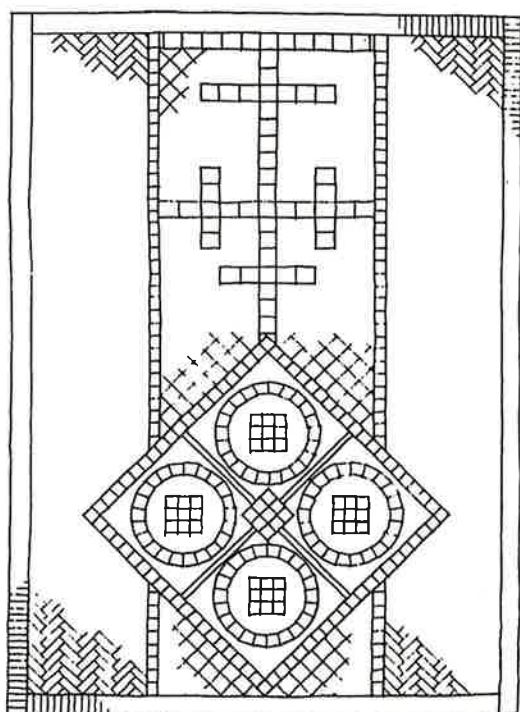
Les infirmeries devaient pourtant être chauffées, ne fût-ce que pour combattre l'humidité — ces salles sont au rez-de-chaussée et dépourvues de caves — ou la rudesse du climat dans les régions septentrionales. On doit imaginer que des petits braseros mobiles ou chariots à feu procuraient çà et là un peu de chaleur, sans doute juste assez pour empêcher qu'il gèle en hiver.



11. Infirmerie de Villers, relevé et reconstitution des fenêtres (© THOC, 1989).

Comme l'abbaye des Dunes en Flandre, celle d'Aduard près de Groningen était entièrement construite en brique et développa une importante activité de production de céramique pour la construction. L'aile de l'infirmerie d'Aduard conserve une décoration intérieure particulièrement intéressante. En 1920 y fut mis au jour un rare pavement à carreaux monochromes

formant une croix et des cercles sur le sol (COOMANS, 2006, p. 43-45 et 50-51) (Fig. 12).



12. Infirmerie d'Aduard, carrelage dans la grande salle (VAN DER HEIDEN, 1991, p. 84).

Les carreaux en relief sont du même type que ceux qui décorent les oculi situés dans les écoinçons entre les fenêtres hautes (VAN DER HEIDEN, 1996, p. 5-10). L'infirmerie d'Aduard a été achevée en 1297 et la chronique de l'abbaye précise que l'abbé avait fait inscrire sur un des murs le quatrain suivant : « L'abbé Henri, véritable ami des vertus / a fait cette pièce pour les moines infirmes / en louange au Christ, à la pieuse Vierge qui l'engendra / et depuis toujours pour les saints Bernard et Benoît »¹⁴. Cette inscription était vraisemblablement composée de petites lettres en relief, en terre cuite moulée et vernissée, dont quelques exemplaires furent retrouvés sur les lieux.

L'infirmerie d'Ourscamp conserve une grande partie de ses enduits intérieurs du XIII^e siècle. Le patron décoratif est typique de cette époque : faux appareillage ocre à joints blancs, nervures

¹⁴ « Abbas Henricus virtutum verus amicus / Hanc infirmorum fecit cellam monachorum / Ad laudem Christi, pia virgo, quem genuisti / semper et ad sancti Bernardi seu Benedicti » (MEIJER, 1999, p. 9).

ocres à joints blancs traversés d'un filet rouge et arêtes blanches. Un sondage sur une des parois de l'infirmerie de Villers a révélé que le mur extérieur portait un enduit médiéval recouvert de nombreuses couches de chaux (COOMANS, 1991, p. 9-26) (Fig. 13). Le chaulage des parois extérieures d'un bâtiment hospitalier pour des raisons d'hygiène était sans doute une pratique courante, mais les restes significatifs en sont particulièrement rares. Il est vraisemblable que la plupart des infirmeries étaient enduites à l'intérieur et à l'extérieur, comme la plupart des autres bâtiments de l'abbaye.



13. Infirmerie de Villers, enduit médiéval extérieur (© THOC, décembre 1987).

Si la question du nombre des lits et de leur emplacement vient directement à l'esprit de qui entre dans ces salles, il reste toutefois hasardeux d'y répondre. Contrairement aux hôpitaux urbains où deux voire trois personnes étaient ensemble dans un lit, la Règle imposait à chaque moine un lit personnel (FERGUSON & HARRISON, 1999, p. 123). Sur ses dessins d'Ourscamp, Viollet-le-Duc dispose douze lits par travée, en quatre rangées de part et d'autre des files de colonnes, et conclut que la « salle pouvait en contenir facilement cent » (VIOUET-LE-DUC, 1875, p. 105-106). C'est excessif, car on voit mal où une abbaye, même de la taille d'Ourscamp, aurait trouvé cent moines malades ou infirmes, à moins que tous aient été saignés le même jour et que la communauté entière se soit déplacée dans l'infirmerie, ce qui est tout à fait invraisemblable. Il faut plutôt admettre que

les couches étaient perpendiculaires aux longs côtés, avec la tête à l'aplomb des trumeaux entre les fenêtres basses, comme l'indiquent les armoires murales décrites plus haut. Pour Ourscamp, on arrive alors au chiffre plus raisonnable — mais encore très élevé — d'une cinquantaine de lits. La partie centrale, soit la nef principale dans le cas d'une halle avec bas-côtés, devait rester libre et était peut-être pourvue de tables et de bancs pour les repas et la lecture.

Autour de la grande salle : la chapelle, la cuisine, les latrines et des annexes

Comme les hôpitaux urbains, les infirmeries monastiques comprenaient une chapelle obligatoirement orientée. Dans les infirmeries cisterciennes, les chapelles sont le plus souvent séparées de la salle des malades ; certainement quand la salle est orientée nord-sud. Les offices qui se déroulaient dans la chapelle ne concernaient que les grabataires, car les malades en état de se déplacer rejoignaient le chœur des infirmes dans l'église¹⁵. Il ne semble pas que les chapelles d'infirmeries monastiques aient accueilli des sépultures, pas même celles des infirmiers. Tous les membres de la communauté, moines et convers, étaient enterrés au cimetière, à l'exception des abbés dans le chapitre.

À notre connaissance, seules deux chapelles d'infirmeries sont conservées en élévation. Celle de Furness (début du XIV^e siècle), de trois travées voûtées d'ogives et chevet plat percé d'une grande verrière jadis à remplage, s'étend au-delà du mur oriental de la grande salle (Fig. 14). À Pforta, une petite chapelle de deux travées voûtées d'ogives et abside 5/8 est tantôt identifiée comme la chapelle de l'infirmerie tantôt comme celle de l'abbé¹⁶. Cette dernière affectation repose principalement sur

¹⁵ Dans la travée entre le chœur des moines et celui des convers ou, quand il y en a un, dans le bas-côté du chœur.

¹⁶ « Sogenannte Abtskapelle ursprünglich wohl Kapelle der Infirmitur » (SACHSEN-ANHALT, 1999, p. 776-777).

la qualité exceptionnelle du décor architectonique (modénature, colonnettes baguées, chapiteaux, etc.) en style de transition dit « romano-gothique » (2^e quart du XIII^e siècle). Néanmoins, en raison de sa localisation contiguë et perpendiculaire à la salle de l'infirmerie, cette chapelle doit plutôt être considérée comme celle de l'infirmerie. Notons qu'à Kirkstall, le plan d'une chapelle du même type (avec abside 5/8) a été mis au jour à côté de la grande salle de l'infirmerie, mais elle y est identifiée comme le « visiting abbot's lodging » (MOORHOUSE & WRATHMELL, 1987, p. 52).



14. Infirmerie de Furness, chapelle et fondations de la cuisine octogonale (© THOC, juillet 1997).

En Angleterre, le plan de quelques autres chapelles a été reconnu par des fouilles (Fig. 2). Toutes sont orientées, ont un chevet plat et, dans les meilleurs des cas, conservent les fondations de leur autel. Elles sont tantôt dans le prolongement de la grande salle — Jervaulx (XIII^e siècle ?) — tantôt perpendiculaires — Beaulieu (XIII^e siècle ?), Rievaulx (vers 1200), Fountains (vers 1225-1250), Waverley (peu avant 1200). À Eberbach, la chapelle de l'infirmerie (vers 1220) se présentait tout à fait séparée de la grande salle, le long du côté sud d'un petit cloître (CRAEMER, 1963, p. 34-35). D'autres apparaissent sur l'iconographie — Cîteaux — ou correspondaient à l'extrémité orientale de la salle des malades — Villers ?, Tintern.

Les fouilles complètes de quelques infirmeries ont révélé l'existence de toute une série de locaux annexes, se greffant soit directement sur la grande salle, soit sur le petit cloître ou sur

une autre cour voisine¹⁷. Outre la chapelle, les latrines peuvent également être localisées grâce à la présence d'égouts souterrains, comme d'ailleurs les cuisines d'après les cheminées ou les égouts. L'ensemble le plus significatif est sans aucun doute celui de l'infirmierie de Fountains (Fig. 15 et 16B) qui comprend, outre la chapelle, une cuisine, des passages, des petits jardins, un corps de latrines et d'autres pièces, y compris voûtées en contrebas (COPPACK & GILYARD-BEER, 1995, p. 48-51).



15. Infirmierie des moines de Fountains, reconstitution du complexe autour de la grande salle : chapelle, cuisine et latrines (maquette, © Fountains Abbey).

Cet ensemble de bâtiments est bâti au-dessus de la rivière Skell qui rince également le bloc de latrines voisines et la cuisine, équipée d'une grille en pierre pour évacuer les déchets. À Furness, une cuisine octogonale, construite à l'aplomb de la rivière, est séparée du bâtiment pour des raisons d'incendie, et est liée à la grande salle par un couloir (Fig. 14 et 16E).

Pour le reste, on se confond en conjectures, et les affectations proposées, même si elles sont intéressantes, ne sont que des hypothèses. Ainsi, il est parfois question d'une « salle des morts », d'un logis pour l'infirmier, d'un réfectoire ou, simplement, de remises. À Ourscamp, la pièce dont le tracé apparaît au revers du pignon sud, est identifiée tantôt à une cuisine

¹⁷ Ensembles à Kirkstall (avec cuisine et succession d'annexes), Jervaulx (avec chapelle, latrines, jardin, appentis, logis d'infirmier, escaliers et second « hall » ?), Tintern (avec cuisine, latrines et annexes non identifiées) et Waverley (avec annexes, cuisine, latrines et chapelle).

tantôt à une « apothicairerie que surmontaient des chambres pour les grands malades »¹⁸.

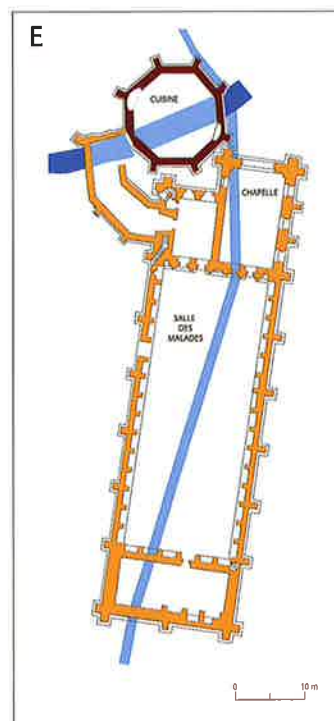
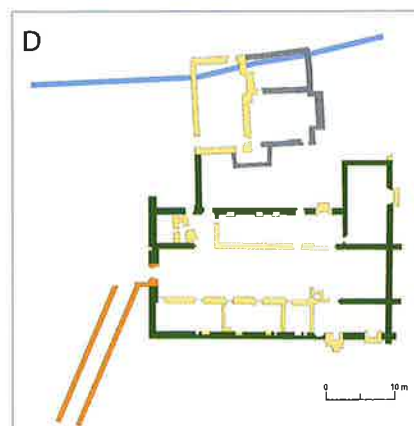
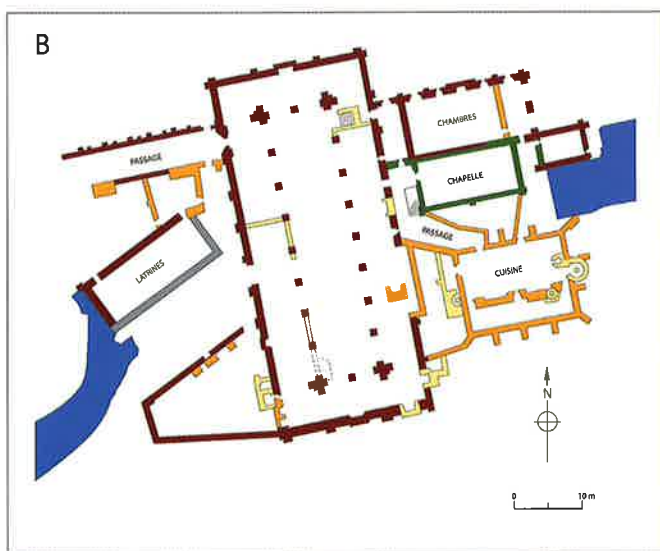
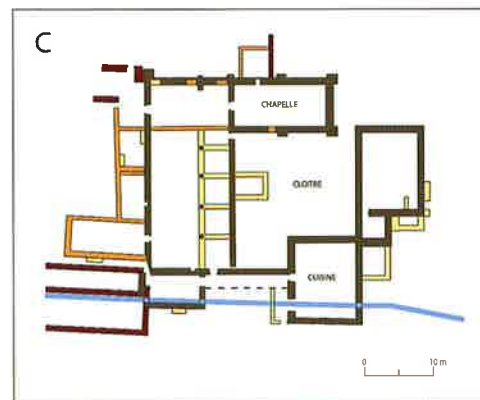
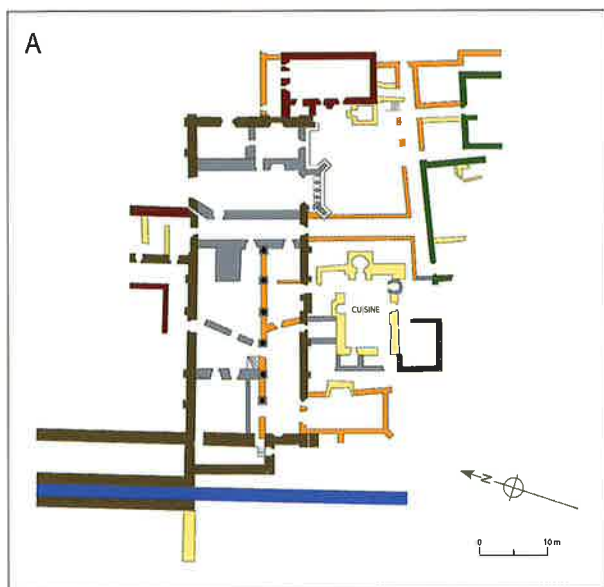
La subdivision des halles en cellules

À partir de la fin du XIII^e siècle se développe un nouveau phénomène social, qui va dans le sens d'une recherche d'une plus grande vie privée¹⁹. Dans un premier temps, les grandes salles des malades sont fractionnées par l'introduction de cloisonnements. Ainsi, des chambrettes individuelles divisent l'espace commun. Toutefois, ce phénomène ne s'étend que progressivement et ne s'impose pas partout, car des salles communes survivent jusqu'au XIX^e siècle, notamment dans les hôpitaux urbains. Parallèlement à ces aménagements, se développe à partir du XIV^e siècle un nouveau type d'hôpital, conçu d'emblée avec des chambres individuelles. Parfois ce sont des cellules dans un même corps de bâtiment, parfois des maisonnettes autour d'une cour où se dresse également une chapelle, à la manière d'une chartreuse ou d'un béguinage. Les raisons de cette évolution sont doubles : sociales et épidémiologiques. D'une part, on voit de plus en plus de nobles et de riches, veufs et âgés, se retirer dans des hôpitaux — parfois même dans des infirmeries d'abbayes réservées aux « pauvres » —, les pourvoir de dotations et s'y aménager des appartements personnels. Il arrive que certains soient à l'origine de la fondation d'une institution de bienfaisance. D'autre part, des léproseries et des hôpitaux pour pestiférés vont privilégier les chambres séparées par crainte de la contagion.

En milieu monastique, la cause est essentiellement liée à une volonté d'individualisation et de plus d'intimité au sein de la communauté. Cette pratique n'est pas limitée aux infirmeries, car les dortoirs monastiques sont également divisés, tandis que les abbés et parfois même les prieurs, se construisent des logis séparés, en dehors du périmètre claustral. L'indivi-

¹⁸ Rapport de 1662 (AUBERT, 1943, 2, p. 151).

¹⁹ « A growing interest in privacy » (THOMPSON & GOLDIN, 1975, p. 41).



16. Plans chronologiques d'infirmeries cisterciennes en Grande-Bretagne : A. Rievaulx, B. Fountains, C. Waverley, D. Tintern et E. Furness (d'après English Heritage, Welsh Historic Monuments, et Surrey Archaeological Society) (Infographie : Steve Pirard, MRW, DPat)

dualisation tant dénoncée par les statuts des portement même des abbés lors des chapitres généraux qui se tiennent annuellement à Cîteaux. Tandis que nombre d'abbés n'y viennent plus, d'autres, à partir de la seconde moitié du XIII^e siècle, y acquièrent des chambres pour s'assurer confort et vie privée (COOMANS, 1998a, p. 154-164, en particulier p. 160-161 ; COOMANS, 1998b, p. 159-174).

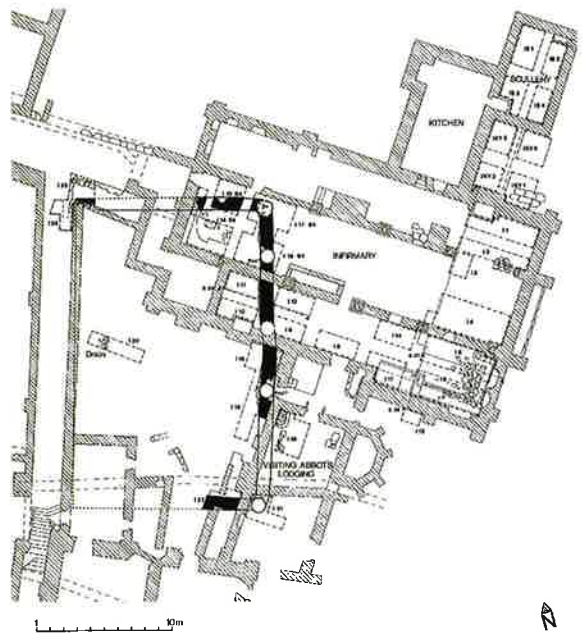


17. Infirmerie de Tintern, vue d'ensemble depuis le nord-ouest (© THOC, avril 1990).

Dans les grandes salles qui survécurent, ces aménagements, faits de cloisons de bois ou en maçonnerie, furent retirés lors des restaurations qui rendirent aux espaces leur qualité originelle. Aussi, ce sont principalement les résultats des fouilles menées en Grande-Bretagne qui nous renseignent sur les modes de division des infirmeries des moines et leur chronologie relative. L'infirmerie de Rievaulx a fait l'objet d'une étude approfondie qui a bien identifié les phases de cette évolution interne ainsi que les liens avec le logis abbatial voisin et de leur cuisine commune (FERGUSON & HARRISON, 1999, p. 111-135) (Fig. 16A). Les bases des supports entre la haute nef et le bas-côté portent des rainures dans lesquelles venaient se caler des cloisons en bois mises en place pour compartimenter l'espace. Il n'est pas possible d'affirmer si ce système appartient à la disposition d'origine (mi-XII^e siècle) ou à un aménagement postérieur. À la fin du XIV^e siècle, chaque module du bas-côté fut transformé en chambre individuelle par la construction de murs en maçonnerie et l'équipement de cheminées. L'effectif de la communauté était à cette époque tellement réduit qu'une grande infirmerie était totalement superflue. Un siècle plus tard, vers 1500, le

chapitres généraux, marque pourtant le combat bâtiment fut affecté au logis de l'abbé, ce qui entraîna d'importantes transformations.

Quatre autres exemples de partition de *monk's infirmary halls* à plusieurs nefs, sans doute couverts de charpentes en bois portées par des files de poteaux ou de colonnes, sont correctement documentés (Fig. 16B-D). À Fountains, la grande salle des années 1210-1220 est divisée au XIV^e siècle (COPPACK, 1993, p. 71-73) ; à Tintern, la salle de la fin du XIII^e siècle est divisée à la fin du XV^e siècle (ROBINSON, 2002, p. 60-62) (Fig. 17) ; à Waverley, la salle de la fin du XII^e siècle est divisée aux XIV^e et XV^e siècles (BRAKSPEAR, 1905, p. 57-71). Enfin, à Kirkstall, la salle à trois nefs bâtie à la fin du XII^e siècle est divisée aux XIV^e-XV^e siècles (HOPE & BILSON, 1907, p. 38-43 ; MOORHOUSE & WRATHMELL, 1987, p. 51-56) (Fig. 18 et 19).



18. Plan de la grande infirmerie à trois nefs de Kirkstall et tracé partiellement fouillé de la première infirmerie (d'après West Yorkshire Archaeology Service - Infographie : Steve Pirard, MRW, DPat).

La structure même de ces halles favorisait leur division. En effet, il suffisait d'isoler les modules de chaque travée des bas-côtés par la pose de cloisons ou de murs, tandis que la nef centrale, ouverte ou non sur une chapelle, restait libre pour les offices et les autres activités communes. À Fountains, Kirkstall et Waverley subsis-

tent les premières marches d'escaliers contemporains de l'aménagement des chambres ; ils prouvent que les grandes salles étaient également divisées en deux niveaux. Ces transformations s'accompagnaient d'une augmentation du nombre des cheminées et de la multiplication de latrines individuelles, ce qui va dans le même sens de recherche de confort. Peter Fergusson et Stuart Harrison résument ce processus dans une belle formule — *the evolution from hall to house* — qui exprime à la fois l'évolution de l'architecture et celle des soins médicaux. Ceux-ci se situaient, dans l'abbaye du XIV^e siècle, à une échelle individuelle et domestique, et participaient aux nouvelles formes de la spiritualité monastique, plus individuelle et intérieure, fondée sur le travail et l'étude. Cette évolution ne se fit pas sans difficultés et suscita dans un premier temps la désapprobation du Chapitre général cistercien et même du pape (FERGUSSON & HARRISON, 1999, p. 131-132).

Ce phénomène n'a jamais été prouvé pour les abbayes du continent, car les vestiges matériels font défaut ou ne sont pas encore exhumés. Il n'y a pourtant aucune raison qu'il se soit limité à la Grande-Bretagne. Deux cas d'infirmes monastiques à chambres et étage sont renseignés par des sources du XVI^e siècle :

– L'*Enfermerie* de l'abbaye de Clairvaux est décrite dans le récit de la visite de la reine de Sicile à Clairvaux en 1517 : « *A l'ung des costez y a une chambre lambrossée au-dessus, en manière de chapelle, qui est le lieu où l'on lave des religieulx après leurs décez, en une pierre encavée en manière de sarcueil, large en hault et estroit en bas. En laquelle pière monseigneur saint Bernard fust lavé. Au costé dudict lieu est la chambre appelée la chambre griefve pour ce que les malades de pestilance ou maladie contagieuse y sont portez et bien traictez. En ladicte grande enfermerie y a plusieurs belles chambres, deux basses et deux haultes, la chapelle au bout où les malades peullent oyr messe de leurs licts ; lesdictes chambres ont regard sur ung beau jardin où il y a une belle fontaine. La cuisine est prochaine desdictes chambres, fournye de toucte vasselle de cuyvre*

et d'estain. Audict jardin y a une gallerie bien garnye ou lesdicts malades venans à convalescence mengent. En ladicte enfermerie y a couvent et deux cuisines, l'une grasse et l'autre maigre, et au-dessus desdictes cuisines y a cinq chambres pour recevoir les gens des religieulx quand ils les viennent visiter (...) » (DIMIER, 1982, 2, p. 811). La lecture de cette description montre le chemin parcouru par les Cisterciens depuis le XII^e siècle et les *Ecclesiastica officia*, en matière de clôture, d'individualité et de confort.



19. Infirmes de Kirkstall, vue d'ensemble depuis l'ouest (© THOC, juillet 2001).

– La *Fermerie* de l'abbaye des Dunes est présentée sur l'axonométrie de l'abbaye peinte par Pieter Pourbus en 1580 (Fig. 5) et accompagnée d'une légende explicite : « *16. Daer naer de fermerie die lanck is 154 voeten van binnen de meuren. En de wijde van deze is 356 voeten seer schoone met een torre en diergelijck cieraet van binnen met een koor daer in met een altaer. Ende dobbel gestoelte ende een afsluijtsel over beide de zijden van 't een eijnde tot 't ander eijnde al camers voor de siecken ende ouderlijngen* » (DEVLIEGHER, 1960, p. 193-228, en particulier p. 224-225). La zone de l'infirmes et du petit cloître (*cleene pand*) à l'est des bâtiments monastiques n'a pas encore été fouillée.

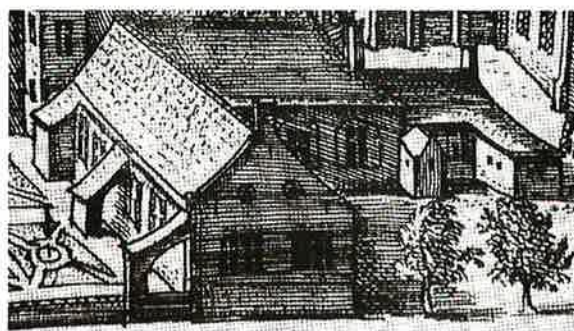
L'étude de l'infirmes de l'abbaye de Villers-en-Brabant a permis d'y constater la même évolution (COOMANS, 1991, p. 9-26 ; COOMANS, 2000, p. 431-448). Les témoins primitifs du bâtiment — structure à arcs de décharge et contreforts, petites lancettes alternant avec des armoires murales — sont très fragmentaires,

mais suffisent à en préciser la composition générale et à le dater du deuxième quart du XIII^e siècle (Fig. 2.17 et 20).



20. Infirmerie de Villers, mur oriental (© THOC, août 1995).

Quelques sources écrites et iconographiques permettent de formuler deux hypothèses que la seule source monumentale n'autorisait pas, mais que des fouilles systématiques pourraient confirmer et affiner. D'une part, l'aile qui fait retour vers l'est, bien visible à l'avant-plan d'une gravure datée de 1607, est qualifiée de « grande salle longue de 170 pieds » (*Aula longitud : 170 pedum*) en légende d'une autre gravure datée de 1659. Amorcée par les vestiges du mur sud et située dans l'axe de la porte principale, son système de proportions n'est pas contradictoire avec l'aile perpendiculaire telle que nous la reconstituons. Correctement orientée, c'est en son extrémité que la chapelle devrait se trouver (Fig. 21).



21. Infirmerie de Villers, vue depuis l'est, détail de la gravure de 1607 (collection particulière).

D'autre part, la chronique de Villers attribuée à l'abbé Robert de Bloqueroie (1283–1302) l'aménagement d'une « salle supérieure et, sous celle-ci, de chambres pour les infirmes » (*Eius tempore facta est aula superior et sub ea camere infirmantium*). Refusant d'y voir l'attri-

bution de la construction de la bâtisse, nous l'interprétons comme la mention d'une transformation qui aurait consisté à diviser la salle en deux niveaux et à aménager le rez-de-chaussée en chambres individuelles. Les deux états médiévaux successifs de l'infirmerie des moines de Villers s'inscrivent dans l'évolution hospitalière et monastique aux XIII^e et XIV^e siècles, marquée par le passage de la salle commune à des cellules individuelles. Notons que le même abbé Robert, toujours d'après la chronique, se fit construire à proximité de l'infirmerie « une maison convenant suffisamment à son infirmité » (*domus quedam alia satis conveniens eius debilitatis*) (COOMANS, 2000, p. 449–454). Ce fait participe à la même recherche de confort et de vie privée.

Infirmeries des convers et des séculiers

La question de l'infirmerie des convers est beaucoup plus délicate. En effet, tant les sources écrites que les vestiges monumentaux sont extrêmement rares. Les *Usus conversorum* du XII^e siècle n'évoquent qu'une seule fois les convers infirmes, à propos de leur régime alimentaire identique à celui des moines malades ; on y apprend également qu'ils sont saignés²⁰. Un autre document relatif aux convers de Clairvaux consacre un court chapitre au convers maître des infirmes (*magister infirmorum*). Il semble bien être en charge d'une infirmerie distincte de celle des moines et disposer d'une cuisine propre²¹. Le texte s'attache davantage aux problèmes posés par les convers qui tombent malade à l'extérieur de l'abbaye, dans les granges.

Quatre infirmeries des convers ont été identifiées par des fouilles en Grande-Bretagne²².

²⁰ *Usus conversorum*, XV (WADDELL, 2000, p. 73 et 188).

²¹ *Breve et memoriale scriptum de conversatione laicorum fratrum secundum instituta beati Bernardi*, V (WADDELL, 2000, p. 157 et 201). Les convers indisposés pendant les offices y sont évoqués au chapitre I (p. 155 et 197).

²² Pour la France, des fragments d'infirmeries des convers pourraient subsister à Jouy et Fontmorigny (AUBERT, 1943, 2,

D'après leur plan, elles étaient des halles à trois nefs, semblables aux infirmeries des moines, pourvues de latrines, d'annexes et de galeries. La mieux conservée est celle de Fountains ; c'est une salle de trois nefs sur six travées, construite vers 1180–1210 au-dessus de quatre voûtes en berceau sous lesquelles coule la rivière (Fig. 22).



22. Infirmerie des converses de Fountains, pignon septentrional et extrémité du voûtement de la rivière (© THOC, juillet 1997)

Les fondations d'une annexe contre l'angle sud-ouest pourraient être celles d'une cuisine. Les trois autres infirmeries de converses sont celles de : Jervaulx (fin du XII^e siècle), salle de trois nefs et au moins six travées ; Roche (vers 1170–1180), salle de trois nefs et trois travées, réaménagée au XIV^e siècle en hôtellerie ; Waverley (vers 1160–1180), salle de trois nefs sur cinq travées, allongée de trois travées dans les années 1180–1214, pourvue d'un étage (fondations d'un escalier) (BRAKSPEAR, 1905, p. 72–75). Seule cette dernière infirmerie est orientée est-ouest, les trois autres étant axées dans le sens nord-sud. Pour autant que le petit nombre d'exemples nous autorise à l'affirmer, l'emplacement de l'infirmerie des converses et son lien avec les latrines et la *domus conversorum* paraissent répondre à une configuration systématique. Il n'y a pas d'indication archéologique de présence d'une chapelle orientée, annexée à la salle des malades, mais, en toute logique, un oratoire ou un autel devrait s'y trouver.

p. 140). Ainsi qu'un tracé approximatif à Royaumont, sous le palais abbatial construit à la fin du XVIII^e siècle.

À ces exemples anglais s'ajoute l'infirmerie des converses de Villers-en-Brabant, bâtie sur un plan analogue. Dans l'attente de véritables fouilles, ce sont des sondages, l'iconographie et l'analyse du voûtement souterrain de la rivière qui nous ont permis d'en reconnaître le plan (COOMANS, 2000, p. 411–416 et 426–428). Axée nord-sud, la salle comprenait deux nefs de six travées vraisemblablement voûtées. Elle s'articulait au nord-est avec le corps des latrines des converses, tandis qu'une annexe de plan carré et pourvue d'un égout — sans doute la cuisine — se trouvait à l'ouest. Transformé en logis abbatial au XV^e siècle, l'ensemble finit par être rasé au début du XVIII^e siècle.

Aux infirmeries réservées aux membres de la communauté, moines et converses, s'ajouta une infirmerie pour les séculiers ou les pauvres, au sujet de laquelle on sait encore moins. Ce phénomène n'est certainement pas antérieur au XIII^e siècle, car les coutumiers du XII^e siècle n'en parlent pas. Ce sont les sources d'archives qui en révèlent l'existence, à l'occasion de dons ou de fondations charitables. Il y en avait certainement une à Villers en 1270 et un texte du début du XIV^e siècle y mentionne une chapelle où était célébrée une messe quotidienne pour les infirmes séculiers et une messe dominicale pour le personnel de l'abbaye²³. Il est difficile de savoir si cette infirmerie faisait partie du complexe de l'hôtellerie à l'intérieur du petit enclos, ou du complexe de la porterie à l'extérieur de l'enclos ? À Waverley, une salle de trois nefs sur quatre travées, accolée au grand hall de l'hôtellerie a été identifiée comme l'infirmerie des séculiers. Les sources de Waverley révèlent que des messes privées étaient célébrées pour les hôtes à chaque décès survenu dans l'infirmerie des séculiers dès avant 1229 ; des pratiques analogues sont attestées à Meaux, Pipewell, Newminster, Furness et Fountains (BRAKSPEAR, 1905, p. 81–85). Les pratiques d'accueil et surtout les degrés de clôture et les

²³ « Capellam qui est in infirmitorio seculi, fundavit et dotavit Balduinus de Melenrin ; et tenetur cotidie ibidem una missa celebrari coram infirmis, et dominicis diebus collatio una fieri coram familia nostra ab aliquo monachorum more consueto » (COOMANS, 2000, p. 474).

types d'organisation spatiale qui en découlaient, variaient d'un ordre à l'autre²⁴.

Conclusion

Sans doute plus que n'importe quel autre groupe social au Moyen Âge, les moines considéraient les infirmes de leur communauté avec une profonde bienveillance. Les grands bâtiments des infirmeries monastiques bâtis surtout au XIII^e siècle en sont la preuve la plus tangible. Les dimensions démesurées de certaines salles voûtées ne peuvent se comprendre que par leur caractère sacré qui s'apparente à celui d'une église. Au même titre que les deux autres volumes dominant l'abbaye — l'église et le réfectoire —, l'infirmerie monastique a également une signification métaphorique. Si l'église est le lieu de la commémoration du Sacrifice, et le réfectoire le lieu de la commémoration de la Cène, « l'infirmerie représente la frontière floue entre le monde matériel et le monde de l'éternité » (CASSIDY-WELCH, 2001, p. 164-165), le lieu du passage définitif vers la Jérusalem céleste dont l'abbaye se voulait déjà une préfiguration terrestre. Saint Benoît l'énonce clairement dès le prologue de sa Règle : « Ne nous écartant donc jamais de l'enseignement de Dieu, et persévérant jusqu'à la mort dans sa doctrine au sein du monastère, participons par la patience aux souffrances du Christ pour mériter d'avoir part à son royaume » (SCHMITZ, 1987, p. 8-9, prologue, verset 50).

Plus que nulle part ailleurs, c'est en effet dans l'infirmerie que le moine souffrant avait la grâce de communier à la souffrance du Christ crucifié (y compris par les saignées). C'est dans l'infirmerie que le moine passait de vie à trépas suivant un rituel qui ne laisse aucun doute sur la signification du lieu (CHOISSELET & VERNET, 1989, chap. 94 — *quomodo agatur circa*

defunctum — et 116, versets 18-19). Quand un infirme était sur le point de mourir, l'infirmier le plaçait à terre sur un gros drap ou sur de la cendre en forme de croix — à Aduard, sans doute sur la croix du carrelage (Fig. 12). Aussitôt l'infirmier appelait la communauté en sonnant quatre fois la cloche de l'église. Qu'ils soient au-dehors ou au-dedans, les frères accouraient à l'infirmerie, aussi vite qu'ils le pouvaient, pour assister le mourant de leur présence et de leurs prières. Il était évident aux yeux du moine médiéval que Dieu, le Début et la Fin, était le seul véritable médecin (BELL, 1998, p. 232).

Bibliographie

- AUBERT M., 1943. *L'architecture cistercienne en France*, 2 vol., Paris, Éditions d'Art et d'Histoire.
- BELL D.N., 1989. The English Cistercians and the Practice of Medicine, *Cîteaux Commentarii Cistercienses*, 40, p. 139-174.
- BELL D.N., 1998. The Siting and Size of Cistercian Infirmarys in England and Wales. In : LILICH M.P. (éd.), *Studies in Cistercian Art and Architecture*, 5, Kalamazoo (Cistercian Studies Series, 167), p. 211-237.
- BIDEAULT M. & LAUTIER C., 1987. *Île-de-France gothique, 1. Les églises de la vallée de l'Oise et du Beauvaisis*, Paris, Picard (Les Monuments de la France gothique).
- BOURGEOIS P., 2000. *Abbaye Notre-Dame de Fontenay. Architecture et histoire*, Bellefontaine (Cahiers cisterciens. Des lieux et des temps, 4).
- BRAKESPEAR H., 1905. *Waverley Abbey*, Guildford, The Surrey Archaeological Society.
- CASSIDY-WELCH M., 2001. *Monastic Spaces and their Meanings. Thirteenth-Century English Cistercian Monasteries*, Turnhout, Brepols (Medieval Church Studies, 1).
- CHOISSELET D. & VERNET P. (éd.), 1989. *Les « Ecclesiastica officia » cisterciens du XII^e siècle*, Reiningue (La Documentation Cistercienne, 22).
- CONNANT K.J., 1973. *Carolingian and Romanesque Architecture, 800 to 1200*, 3^e éd., Londres.

²⁴ Le seul bâtiment de ce type à avoir été mis au jour est l'aumônerie (« almonry ») du prieuré de chanoines augustins à Thornholme (Humber side). Proche de la porterie, cette aumônerie s'ouvrait à l'extérieur de l'enclos, possédait un « hall » à foyer central et accueillait tous les indigents, hommes et femmes. Rien ne prouve cependant qu'il s'agissait d'une infirmerie (COPPACK, 1990, p. 118-120).

- COOMANS Th., 1991. L'ancienne infirmerie de l'abbaye de Villers. Investigations archéologiques et hypothèses, *Congrès de Namur. Actes*, 4, Namur, p. 9–26.
- COOMANS Th., 1998a. L'accueil du chapitre général au Moyen Âge. In: PLOUVIER M. & SAINT-DENIS A. (dir.), *Pour une histoire monumentale de l'abbaye de Cîteaux 1098–1998*, Cîteaux (Studia et documenta, 8), p. 154–164.
- COOMANS Th., 1998b. L'hébergement à Cîteaux et à Clairvaux des abbés de Villers assistant aux chapitres généraux au début du XIV^e siècle, *Cîteaux Commentarii cistercienses*, 49, p. 159–174.
- COOMANS Th., 2000. *L'abbaye de Villers-en-Brabant : construction, configuration et signification d'une abbaye cistercienne gothique*, Bruxelles-Brecht, Racine et Cîteaux (Studia et Documenta, 11).
- COOMANS Th., 2004. L'infirmerie monastique au Moyen Âge : synthèse de considérations spirituelles, médicales et pratiques, In: *L'architecture hospitalière en Belgique*, Bruxelles (M&L cahier, 10), p. 36–43.
- COOMANS Th., 2006. Wat kunnen vloertegels ons over het monastieke leven in de Middeleeuwen vertellen?, *Novi Monasterii. Jaarboek Abdijmuseum Ten Duinen 1138*, 5, p. 37–53.
- COPPACK G., 1990. *Book of Abbeys and Priors*, Londres, English Heritage.
- COPPACK G., 1993. *Book of Fountains Abbey*, Londres, English Heritage.
- COPPACK G. & GILYARD-BEER R., 1995. *Fountains Abbey, Yorkshire*, Londres, English Heritage.
- CRAEMER U., 1963. *Das Hospital als Bautyp des Mittelalters*, Cologne.
- DE BELIE A., 1997. *De Boudelo-Abdij, archeologisch onderzocht*, Sint-Niklaas (Culturele Kring Boudelo, 9).
- DEVLIEGHER L., 1960. De Duinenabdij te Koksijde. Ikonografie en Archeologie, *Biekorf. Westvlaamsarchief voor geschiedenis, oudheidkunde en folklore*, 61, p. 193–228.
- DICKINSON J.C., 1965. *Furness Abbey, Cumbria*, Londres, English Heritage.
- DIMIER A., 1982. Infirmeries cisterciennes. In: CHAUVIN B. (éd.), *Mélanges à la mémoire du père Anselme Dimier*, 2, Arbois, p. 804–825.
- FERGUSON P. & HARRISON St., 1999. *Rievaulx Abbey: Community, Architecture, Memory*, Londres/New Haven, Yale University Press.
- FERGUSON P., 1998. Aelred's Abbatial Residence at Rievaulx Abbey. In: LILICH M.P. (éd.), *Studies in Cistercian Art and Architecture*, 5, Kalamazoo (Cistercian Studies Series, 167), p. 41–56.
- HAVENNE D., 1982. *Architecture hospitalière : évolution du plan à travers l'histoire*, 2 : Moyen Âge, V^e–XV^e siècles, Louvain-la-Neuve.
- HOPE W.St.J. & BILSON J., 1907. *Architectural Description of Kirkstall Abbey*, [s.l.] (Thoresby Society Publications, 16).
- HORN W. & BORN E., 1979. *The Plan of St. Gall. A Study of the Architecture & Economy of, & Life in a Paradigmatic Carolingian Monastery*, 3 vol., Berkley/Los Angeles/Londres, University of California Press.
- JETTER D., 1986. *Das europäische Hospital von der Spätantik bis 1800*, Cologne.
- KINDER T.N., 1997. *L'Europe cistercienne*, La-Pierre-qui-Vire, Zodiaque (Les Formes de la Nuit, 10).
- LEISTIKOW D., 1967. *Dix siècles d'architecture hospitalière en Europe. Une histoire de l'architecture hospitalière*, Ingelheim am Rhein.
- LUTHMER F. (éd.), 1907. *Die Bau- und Kunstdenkmäler des Rheingaus*, 2^e éd., [s.l.] (Die Bau- und Kunstdenkmäler des Regierungsbezirks Wiesbaden, 1).
- MEIJER F., 1999. *De stenen letters van Aduard*, Groningen (Raster reeks, 1).
- MOORHOUSE St. & WRATHMELL St., 1987. *Kirkstall Abbey. The 1950–64 Excavations: Reassessment*, Wakefield, West Yorkshire Archaeology Service (Yorkshire Archaeology, 1).
- MOULIN L., 1978. *La vie quotidienne des religieux au Moyen Âge, X^e–XV^e siècle*, Paris.
- PEVSNER N., 1976. *A History of Building Types*, Londres, Thames and Hudson.

- PRICE L., 1982. *The Plan of St. Gall in Brief*, Berkley/Los Angeles/Londres, University of California Press.
- ROBINSON D.M., 2002. *Tintern Abbey*, Cardiff, Welsh Historic Monuments.
- SACHSEN-ANHALT, 1999. *Sachsen-Anhalt II: Regierungbezirke Dessau und Hall*, Munich-Berlin (Georg Dehio Handbuch der Deutschen Kunstdenkmäler).
- SCHMITZ, Ph. (éd.), 1987. *Règle de saint Benoît. Texte latin, traduction et concordance*, 5^e éd., Turnhout, Brepols.
- THOMPSON J.D. & GOLDIN G., 1975. *The Hospital: a Social and Architectural History*, New Haven/Londres, Yale University Press.
- VAN DER HEIDEN P.C., 1991. De hervormde kerk te Aduard: ziekenzaal van het Cisterciënzer klooster St.-Bernard, *Groninger kerken*, 8/3, p. 81-86.
- VAN DER HEIDEN P.C., 1992. *NH-kerk Aduard. Bouwhistorische documentatie en waarde-bepaling*, 's-Gravenhage, Rijksgebouwendienst.
- VAN DER HEIDEN P.C., 1996. De middeleeuwse tegelvloer van Aduard, *Groninger Kerken*, 13/1, p. 5-10.
- VIOLLET-LE-DUC E., 1875. *Dictionnaire raisonné de l'architecture française du XI^e au XVI^e siècle*, vol. 6, Paris.
- WADDELL Chr., 2000. *Cistercian Lay Brothers. Twelfth-Century Usages with Related Texts*, Brecht, Cîteaux (Studia et Documenta, 10).
- WILLIAMS D.H., 1998. *The Cistercians in the Early Middle Ages*, Leominster, Gracewing.

Implantation des hospices et hôpitaux à Bruxelles (XII^e–XVIII^e siècles)

Stéphane DEMETER & David GUILARDIAN

Un inventaire de ces institutions faisant défaut, la problématique de l'implantation des hospices et hôpitaux à Bruxelles a été étudiée à partir d'un fichier relatif à chacune des quelque soixante institutions hospitalières fondées à Bruxelles entre le début du XII^e siècle et la fin du XVIII^e siècle¹.

Ce fichier (Fig. 1) a été établi à partir des travaux d'histoire urbaine, notamment *L'Histoire de la ville de Bruxelles* d'Alexandre Henne et Alphonse Wauters publiée en 1845, ainsi que des inventaires d'archives, en particulier ceux traitant des fonds du CPAS de la Ville de Bruxelles, et enfin des plans de Bruxelles, principalement celui dressé par Fr.-J. Desableaux, vers 1780. Chaque fiche consigne des informations disponibles relatives à l'identification de l'institution, à sa localisation, aux infrastructures et aux ressources dont elle disposait, ainsi qu'à son domaine d'activités précis. Plusieurs rubriques renvoient, en outre, aux derniers témoins matériels de l'institution : archives, mobilier, immobilier et potentiel archéologique ainsi qu'à la bibliographie.

¹ Fruit de la collaboration entre le service des Archives du Centre Public d'Aide Sociale de la Ville de Bruxelles et la cellule Archéologie de la Direction des Monuments et des Sites de la Région de Bruxelles-Capitale, ce travail entamé par les auteurs de la présente contribution, à l'occasion de l'organisation du colloque anniversaire d'Archaeologia Mediaevalis, n'est pas terminé. Son volet topographique et archéologique fera l'objet d'une publication dans le cadre de *l'Atlas du sous-sol archéologique de la Région de Bruxelles. 10. Bruxelles-Pentagone*.

Nous avons pris en considération le concept « hôpitaux » et « hospices » au sens large : tout établissement d'assistance avec hébergement. Notre cadre géographique fut au départ celui des 19 communes de la région actuelle. Notre liste provisoire comporte ainsi soixante établissements dans le Pentagone qui prédomine nettement.

Si l'on tente une typologie basée sur leur destination, ces établissements peuvent schématiquement se répartir comme suit (tableau en annexe) :

- 31 hospices plutôt pour personnes âgées de diverses catégories, en grande majorité pour femmes (H 1, 2, 8, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 43, 45, 46, 47 [?], 48, 51, 52, 53, 58) ;
- 7 établissements pour enfants (H 16, 22, 37, 44, 49, 50 [?], 57) ;
- 5 hospices de métiers (H 9, 10, 23, 26, 31) ;
- 5 hospices plutôt pour passants et pèlerins (H 3, 11, 14, 15, 19) ;
- 3 ou 4 infirmeries d'établissements religieux (H 6, 7, [8], 42) ;
- 2 maisons des pauvres ou *Armenhuysen* (H 54, 55) ;

Fig. 1 : Liste provisoire des hôpitaux et hospices dans la région bruxelloise

Pentagone :

| N° | NOM | LIEU | FONDATION vers | SUPPRESSION | bâtiments |
|----|---|--|--|---------------------------------------|-------------------------|
| 1 | Ste-Gertrude ou Ste-Gudule ou Notre-Dame et Douze-Apôtres | rue du Marquis (Ste-Gudule) | 1127 avant, bourgeoise Richilde et pléban du chapitre | 1806 HR (nv Ste-Gertrude) | chapelle |
| 2 | St-Nicolas ou Saccites | rue au Beurre ; rue de la Madeleine 1309 | 1129 avant, bourgeois | 1456-58 | chapelle |
| 3 | St-Jacques Coudenberg | Coudenberg | 1162 avant, ducal | début XIVE s., voir H 11 | |
| 4 | St-Pierre (léproserie) | rue Haute | 1174 avant | 1783 hôpital général | complexe |
| 5 | St-Jean | rue de l'Hôpital | 1195, confrérie | | complexe |
| 6 | Dames Blanches ; Jéricho (1456) | Marché aux Grains | 1235 (1449) | 1783 | infirmerie |
| 7 | Infirmerie du Béguinage | Béguinage | 1248 avant | HR avant transfert | infirmerie |
| 8 | Ter Arken | rue de Salazar 17 | 1263 avant, Clutinc | HR 1819 | infirmerie puis hospice |
| 9 | Bogards (tisserands) | rue des Bogards | 1277 avant (1449) | 1796 | couvent |
| 10 | Foulons | Overmolen | XIIIe (1297 <i>quondam</i>) | encore en 1343 ? | |
| 11 | St-Jacques (Bon Secours) | Overmolen | 1328 | 1796 SP | église séparée 1758 |
| 12 | Baeckx | rue des Paroissiens | 1352 Elisabeth Francx Baeckx | HR | |
| 13 | Ste-Trinité | rue de Loxum | 1356 (avant) Heylwige Bloemaerdinne ? | HR | chapelle |
| 14 | St-Julien ou St-Ghislain | rue Haute | 1356 | 1796 SP | chapelle |
| 15 | St-Corneille | rue de Flandre | 1359 avant | 1796 SP | chapelle |
| 16 | Bons-Enfants ou choraux de Sainte-Gudule (enfants de chœur) | rue de Schaerbeek, puis rue du Bois-Sauvage (Ste-Gudule) | 1359 Pierre van Huffel + 1377 | HR | |
| 17 | Petits chanoines ou Petits Frères | rue de la Montagne | 1361 avant | 1555 fusion Calvaire H 24 | chapelle |
| 18 | maisons Ter Landuyt et Ter Loe | rue du Parchemin | 1382 avant | 1461 avant, fusion Ste-Elisabeth H 21 | |
| 19 | St-Laurent | rue du Marais, puis rue St-Laurent | 1385 avant | 1796 SP | chapelle dès 1314 |
| 20 | St-Christophe | rue de Ruysbroek | 1385 Arnoul de Greve de Goyck dit Uten Reze et Catherine Godeheers | H | chapelle |
| 21 | Ste-Elisabeth de Hongrie ou Landuyt ? | rue des Paroissiens, rue de Loxum face Ste-Trinité ; rue des Sables ; puis rue de Louvain 1715 | 1388 Jean Tserclaes évêque | HR | |
| 22 | Enfants trouvés | rue de Louvain | 2 ^e ½ XIVE s. | 1600 après | |
| 23 | Saint-Sauveur ou Merciers | rue au Lait ; rue des Pierres | 1417 métier merciers | HR | chapelle |

| N° | NOM | LIEU | FONDATION vers | SUPPRESSION | bâtiments |
|----|--|---|--|--|-------------|
| 24 | Calvaire | rue de l'Hospice (Marquis) Ste-Gudule | 1429 Gilles Vandenberghe + compléments 1429, 1735 | H | |
| 25 | 12 Apôtres | rue des 12 Apôtres | 1434 Guillaume Bont chanoine + 1450 | H | chapelle |
| 26 | Saint-Aubert ou Boulangers | rue du Curé (Chapelle) | 1455 Catherine vander Braken veuve van Woluwe + 1720 | HR | |
| 27 | Terthomme | Marché-aux-Poulets (ruelle des 3 Pigeons) | 1472 | (pauvres St-Nicolas) | |
| 28 | Notre-Dame de Paix ou Basteyns et Marie Lips | rue de la Coupe (rue des Bateaux) | 1486 Elisabeth Basteyns + 1564 | HR | |
| 29 | 15 Pucelles | ? | existe 1749 | 1807 avant, fusion Notre-Dame de Paix H 28 | (école) |
| 30 | Wansyn | rue de la Coupe (rue des Bateaux) | existe 1749 | ? | |
| 31 | Tanneurs | rue d'Accolay | 1499 | HR | |
| 32 | Sainte-Croix | rue Haute | 1522 Charles Tseraerts | HR | |
| 33 | Doux Nom de Jésus ou Duquesnoy | rue du Faucon (rue d'Anderlecht) | 1525 | HR | |
| 34 | Robbroeck | rue du Nom-de-Jésus (rue de Flandre) | 1538 Catherine de Robbroeck | HR | |
| 35 | Couronne d'Epines ou Notre-Seigneur-Jésus-Christ | rue des Chartreux | 1578 Françoise Reyniers veuve van Laethem | HR | |
| 36 | Simpelhuys ou Dulhuys | rue de Laeken | 1596 | 1803 | chapelle |
| 37 | Ste-Catherine =Maagdenhuis | rue d'Or | 1596 école | (ca 1796 fusion Orphelins ?) | |
| 38 | Vanden Bempden | rue des Riches-Clares | 1602-1636 Gilles vanden Bempden | HR | |
| 39 | Vanderhaegen | Petite rue de la Madeleine | 1620 Henri Vanderhaegen | H | |
| 40 | Tserclaes ou Ste-Anne | rue de la Fiancée | 1622 Anne Tserclaes vicomtesse de Breucq, veuve Flecklamer, épouse de Haynin | HR | |
| 41 | Tuchthuys ou Deughthuys + binnen pesthuyskens | rue St-Roch | 1623-1625 | ? | chapelle |
| 42 | Infirmierie des Sœurs Noires ou Africa | rue de la Grande Ile | 1629 | 1798 | infirmierie |
| 43 | Chant-d'Oiseaux | rue Neuve | 1639-1642 dame Isabelle Demol veuve Spinosa | HR | |
| 44 | Maagdenhuis=Vondelingmeisk enshuys =Petit Béguinage 1646 | rue Montagne-du-Parc | 1643 | 1702 | |
| 45 | Sainte-Croix (aan de Vaart) | maison St-Géry, rue d'Ophem | 1648 | 1734 Armenhuys pour femmes | chapelle |
| 46 | Neuf Chœurs des Anges | rue aux Chevaux | 1656-1658 demoiselle Louise vander Noot | HR | |
| 47 | Plattestein | Plattestein | ? 1657 | ? | |

| N° | NOM | LIEU | FONDATION vers | SUPPRESSION | bâtiments |
|----|---|--|---|------------------------|-------------|
| 48 | Cinq-Plaies | rue du Poivre (porte d'Anderlecht) | 1666 Anne Varsal et Anne Strael veuve Varsal + 1751 | HR | |
| 49 | de Deinze ou Miséricorde de Dieu et de la Sainte-Vierge | Rue du Poinçon, puis annexé aux Apostolines 1760 | 1694 Marie-Albertine de Gand, marquise de Deinze | 1796 fusion orphelines | |
| 50 | Maagdenhuis op de Zavel ? | Sablon | XVIIe ? | 1772 après ? | |
| 51 | Pachéco ou St-Job | rue Fossé-aux-Loups, puis rue Pachéco 1723 | 1713 | | chapelle |
| 52 | Schuddeput | rue du Norm-de-Jésus (rue de Flandre) | 1713 Anne van Bemmel veuve van Schuddeput | HR | |
| 53 | Rapoy ou Nom de Marie | rue de l'Esprit (Chapelle) | 1715 Robert Rapoy pensionnaire | HR | |
| 54 | Armenhuys pour hommes | rue St-Roch | 1729-1734 | 1744 hôpital militaire | |
| 55 | Armenhuys pour femmes | | 1734 | 1784 hôpital | |
| 56 | hôpital militaire | rue St-Roch | 1744 voir H 54 | ? | |
| 57 | Velthem | Apostolines (Marolles) quai au Foin | 1762 | 1796 fusion orphelines | (fondation) |
| 58 | St-Antoine = Ste-Elisabeth ? | ? | 1775 avant | 1784 après | |
| 59 | St-Pierre hôpital général | rue Haute | 1783 voir H 4 | | complexe |
| 60 | Ste-Croix hôpital | rue d'Ophem | 1784 voir H 55 | ? salpêtrière | |

Légende : H : fusionné dans l'Hospice des Vieillards
 HR : fusionné dans les Hospices-Réunis (pour femmes)
 SP : fusionné dans l'hôpital St-Pierre

Région :

| | | | | | |
|----|-----------------------|---------------------|-----------|--|--|
| 61 | Ste-Croix | Ixelles | 1300 vers | | |
| 62 | Van Aa | Ixelles | 1482 vers | | |
| 63 | Cinq Plaies du Christ | Neder-Over-Heembeek | 1487 | | |
| 64 | hospice | Haren | 1718 | | |
| 65 | lazaret | Molenbeek | XVIIIe | | |
| 66 | Lazaret | Schaerbeek | ? | | |

- 1 hôpital militaire (H 56) ;
- 1 asile d'aliénés, *Simpelhuys* ou *Dulhuys* (H 36) ;
- 1 maison de correction, *Tuchthuys* (H 41) ;
- 1 léproserie, Saint-Pierre (H 4) ;
- 1 seul hôpital pour pauvres malades, Saint-Jean suivi de deux autres à la fin du XVIII^e siècle. (H 5, 59, 60).

Ont donc été exclus de notre liste : les autres fondations sans local d'hébergement particulier (et spécialement la fondation St-Éloi), les tables des pauvres de chaque paroisse, les pauvres écoles devenues orphelinats paroissiaux.

Ce travail a donc permis dans un premier temps l'établissement d'une liste d'une cinquantaine d'institutions possédant une infrastructure d'accueil hospitalière plus ou moins développée. La plupart sont localisées avec précision. Parfois des plans particuliers de l'institution existent, le plus souvent levés au moment de la suppression. Certains plans de la ville contiennent des vues cavalières des bâtiments des institutions les plus importantes, principalement celles dotées d'une chapelle. Outre ces représentations assez sommaires, l'iconographie proprement dite (gravures et dessins des bâtiments, des intérieurs) a également été pistée mais avec assez peu de succès.

Les institutions hospitalières ont presque toujours un caractère pérenne qui a grandement facilité le travail. Rares sont celles qui n'ont pas pu être localisées. Certaines, de fondation médiévale, ont néanmoins disparu avant les premiers plans de ville de la seconde moitié du XVI^e siècle ; leur localisation reste alors imprécise et se limite à un nom de rue, voire au nom d'un quartier. Parfois, seule l'implantation originelle est mal connue mais, d'une façon générale, les déménagements sont peu fréquents.

Panorama chronologique

Les plus anciens hospices bruxellois sont apparus au XII^e siècle dans les trois noyaux prin-

cipaux du peuplement urbain : Saint-Nicolas, aux abords du *portus* de la Senne (actuel quartier de la Bourse) ; Saint-Jean, à proximité du premier marché aux grains (actuel quartier de la place de la Vieille-Halle-aux-Blés) ; Notre-Dame et les Douze Apôtres, dans le voisinage de la collégiale Sainte-Gudule (actuellement en contrebas de la cathédrale des Saints-Michel-et-Gudule). En outre, à la même époque, sont mentionnés l'hôpital Saint-Jacques, au sein du complexe castral du Coudenberg, et la léproserie Saint-Pierre, située alors à l'extérieur de la ville naissante, dans la direction du village de Saint-Gilles. L'église Saint-Jacques-sur-Coudenberg, place Royale, et l'hôpital Saint-Pierre, rue Haute, en sont les lointains héritiers.

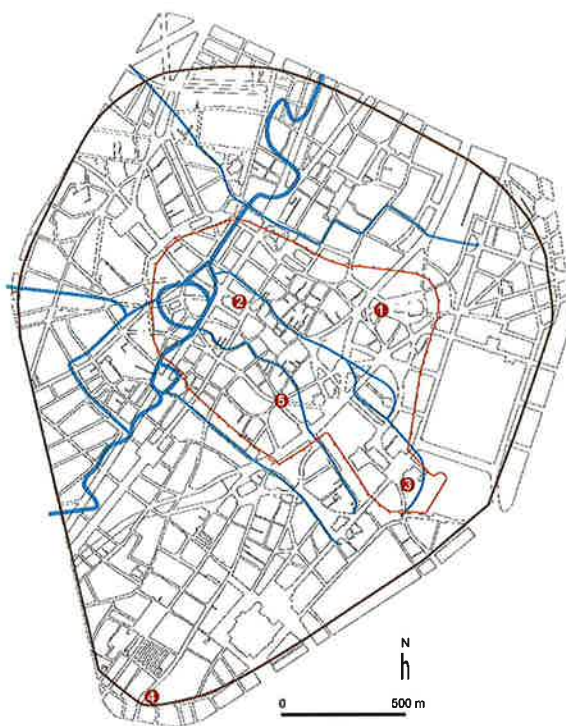


Fig. 2

À l'exception de Saint-Pierre délibérément isolée, ces premières implantations se placent toutes dans l'espace qui sera ceint par le premier rempart urbain au début du XIII^e siècle (Fig. 2). L'expression *tria hospitalia infra ambitum oppidi vestri* contenue dans un privilège pontifical de 1174 se rapporte aux hôpitaux suivants : Notre-Dame et les Douze Apôtres fondé avant 1127, Saint-Nicolas fondé avant 1129 et Saint-Jacques fondé avant 1162. La

léproserie Saint-Pierre fondée avant 1174 est située en dehors du territoire urbain et l'hôpital Saint-Jean n'a été fondé qu'en 1195. Deux *Gasthuysstrate* du xv^e siècle se rattachent à ces premiers hôpitaux, l'actuelle rue du Marquis où se trouvait l'hôpital de Notre-Dame et des Douze Apôtres et la rue de l'Hôpital bordant le domaine de l'hôpital Saint-Jean. Il faut noter que la localisation précise des hôpitaux Saint-Nicolas et Saint-Jacques-sur-Coudenberg, supprimés ou déplacés au Bas Moyen Âge, est aujourd'hui perdue.

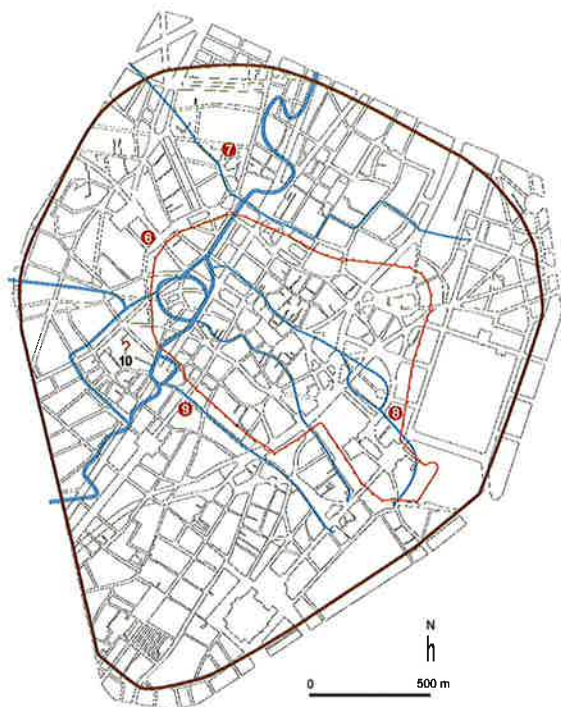


Fig. 3

Au xiii^e siècle, cinq fondations religieuses à vocation principalement hospitalière s'implantent, d'une part, dans le bas de la ville aux abords extérieurs de la première enceinte : le couvent des Dames Blanches (1235), l'Infirmerie du Béguinage (avant 1248), le couvent des Bogards (vers 1270) ainsi qu'un hospice des foulons dans le quartier d'Overmolen (xiii^e siècle) qui a disparu par la suite et, d'autre part, dans le haut de la ville, à l'intérieur des remparts : l'hospice *Ter Arken* (avant 1263). Si les fondations du bas de la ville se situent clairement à l'extérieur du rempart de la première enceinte urbaine, dont l'implantation est antérieure, en revanche, elles se placent toutes dans l'espace qui sera protégé par les

« petits remparts », enceinte de terre de la rive gauche de la Seine constituée entre 1250 et 1350 (Fig. 3).

Du xiv^e au xvi^e siècle, quelque vingt fondations, le plus souvent d'initiative privée et laïque, presque toujours dotées d'une chapelle, viennent s'ajouter au réseau primitif en s'implantant dans tous les quartiers habités de la ville enclose dans son rempart pentagonal. Ce mouvement se poursuit jusqu'à la fin du xviii^e siècle par la fondation d'une autre vingtaine de maisons hospitalières plus modestes occupant le plus souvent d'anciennes habitations privées, léguées par le fondateur, et ne pouvant accueillir que quelques pensionnaires.

Il est remarquable d'observer qu'à partir du xiv^e siècle, les nouvelles implantations viennent régulièrement, par vagues successives, comme renforcer les anciennes, augmentant petit à petit l'offre dans les différents quartiers, tant à l'intérieur de la première enceinte qu'entre les deux remparts. Le quartier de la collégiale connaît ainsi une densification assez impressionnante notamment par cinq fondations au milieu du xiv^e siècle et encore une au début du xv^e siècle (Fig. 4).

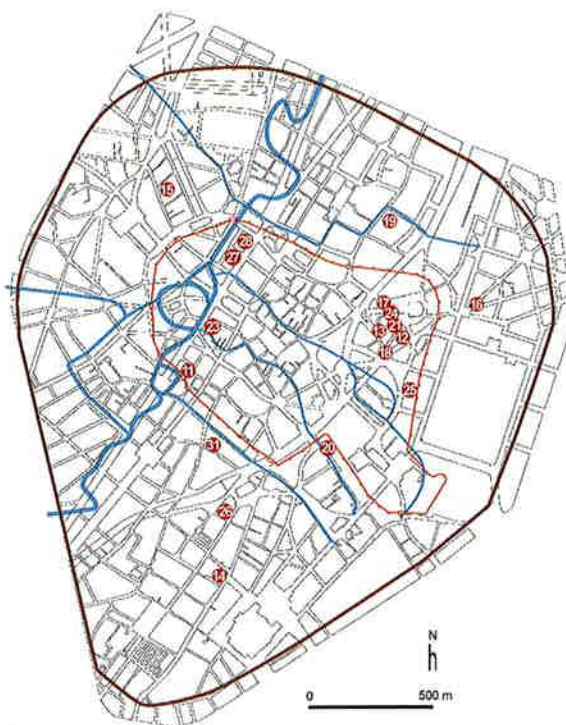


Fig. 4

L'hospice Saint-Jacques d'Overmolen fondé en 1328, avant la construction de la deuxième enceinte, s'est encore implanté à l'intérieur des murs du XIII^e siècle, rue de Bon Secours, adossé à la porte d'Overmolen. Dans la seconde moitié du XIV^e siècle, alors que s'achève la construction de la deuxième enceinte, plusieurs hospices sont établis le long de voiries principales reliant les deux enceintes : l'hospice des Bons Enfants (1359), rue de Louvain ; l'hospice Saint-Christophe (1385), rue de Ruysbroeck ; l'hospice Saint-Ghislain (1356), rue Haute ; l'hospice Saint-Corneille (avant 1359), rue de Flandre ; et l'hospice Saint-Laurent (avant 1385), rue du Marais.

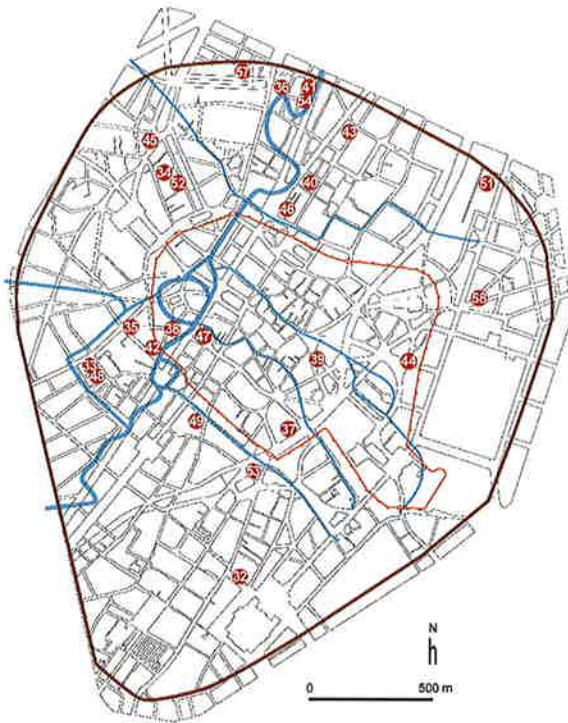


Fig. 5

Du XV^e au XVIII^e siècle, les nouvelles implantations viennent densifier le réseau médiéval (Fig. 5), principalement le territoire de la rive gauche de la Senne et celui situé au nord de la première enceinte. À l'inverse certaines zones ne connaissent aucune implantation, il s'agit des zones inhabitées, toujours sur la rive gauche, et de certains quartiers regroupant une population privilégiée, notamment tout le quartier compris entre la rue des Minimes, le Coudenberg et le rempart, c'est-à-dire le Grand Sablon et ses abords. Un phénomène similaire s'observe dans le centre même de la ville, dans

le quartier compris entre la rue Fossé-aux-Loups et la Grand-Place, l'actuel « Îlot Sacré ». L'apparition d'un nouveau quartier s'accompagne aussi de fondations nouvelles. Au XVII^e siècle, le quartier de la rue Neuve voit l'implantation de trois maisons hospitalières : Sainte-Anne, rue de la Fiancée (1622), le Chant d'Oiseau, rue Neuve (1639-1642), les Neuf Chœurs des Anges, rue des Chevaux (1656-1658).

Ces grandes tendances ainsi que certaines localisations spécifiques peuvent être rapprochées des données relatives à la localisation de la pauvreté à Bruxelles aux Temps Modernes et encore au début du XIX^e siècle. Ainsi toutes les institutions fondées au XIV^e siècle s'implantent dans des quartiers qui seront parmi les plus pauvres lors du premier recensement de la fin du XV^e siècle (1496). Il en est de même pour plusieurs fondations du XV^e siècle, notamment celles dont l'initiative revient aux corporations : l'hospice Saint-Sauveur des merciers, rue des Pierres (1417) ; l'hospice Saint-Aubert des boulangers, dans le quartier de la rue Haute (1455) ; l'hospice des tanneurs, rue d'Accolay (1499). Ce constat mériterait une analyse plus approfondie de la liaison réelle entre pauvreté et institutions hospitalières.

Potentiel archéologique

Outre l'analyse de la répartition spatiale et chronologique des implantations, nous nous sommes également attachés à examiner les vestiges matériels de ces institutions ou, à tout le moins, le potentiel archéologique qui s'y rattache. Cet exercice a permis de repérer plusieurs terrains susceptibles de conserver en sous-sol des vestiges de ces institutions. Deux des plus anciens hôpitaux pourraient ainsi offrir matière à une démarche archéologique d'envergure, l'hôpital Saint-Jean, en grande partie sous la place du même nom (Fig. 6) et l'hôpital de Notre-Dame et des Douze Apôtres, entre la cathédrale actuelle et le tunnel de la Jonction Nord-Midi (Fig. 7).

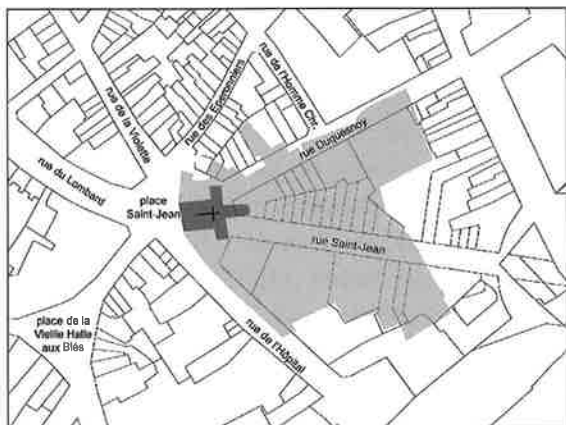


Fig. 6

Cependant, jusqu'à présent, aucune fouille n'a jamais été menée dans l'emprise d'une institution de ce type. Quelques rares vestiges immobiliers ont pu être mis en évidence. Un mur en moellons de la première moitié du xv^e siècle formant le mur mitoyen entre deux maisons de la rue Haute, reconstruites au xix^e siècle et lourdement rénovées récemment, a pu être identifié au pignon nord de la chapelle de l'hospice Saint-Ghislain (Fig. 8).

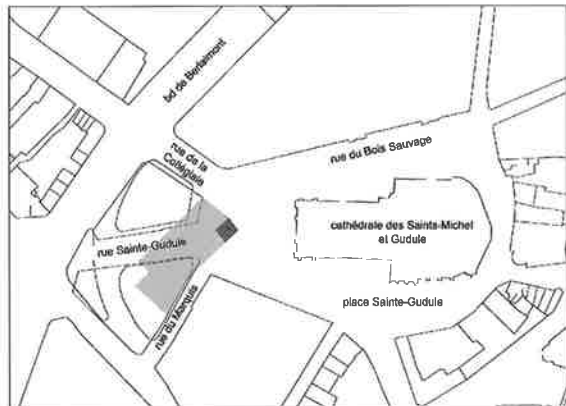


Fig. 7

Une petite maison traditionnelle récemment restaurée rue de Bon Secours est également identifiée aujourd'hui comme faisant partie de l'hôpital Saint-Jacques.

Le cadastre actuel conserve aussi des éléments intéressants. Ainsi, la parcelle où s'élevait la chapelle de l'hôpital Saint-Corneille, rue de Flandre, existe toujours dans ses dimensions de la fin du $xviii^e$ siècle, mais elle a été complètement reconstruite. La parcelle d'un bâtiment de

la rue des Sables, voisin du Centre belge de la Bande dessinée, est celle qu'occupait l'hospice Sainte-Élisabeth de Hongrie avant son déménagement rue de Louvain, au début du $xviii^e$ siècle.

Suppressions et disparitions

La plupart de ces bâtiments ont changé d'affectation lorsque, à la période française, le souci de rationalisation de la bienfaisance a conduit à fusionner les hospices sur quelques sites. Ainsi fin 1796, les quatre hospices pour passants sont réunis à l'hôpital Saint-Pierre. Dès 1803, les quatre hospices pour hommes sont rassemblés au couvent des Alexiens, tandis qu'entre 1806 et 1818 une vingtaine d'hospices pour femmes sont regroupés à l'Infirmierie du Béguinage. La distribution de ces établissements dans le Bruxelles du début du xix^e siècle en fut donc considérablement simplifiée. Les seuls lieux à avoir maintenu une occupation hospitalière de l'Ancien Régime à nos jours sont finalement l'hôpital Saint-Pierre et l'ancienne Infirmierie du Béguinage (actuel Institut Pacheco).

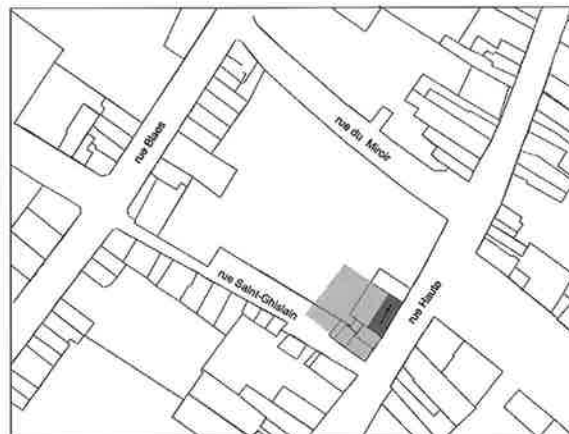


Fig. 8

Les hôpitaux à Liège

Pierre DE SPIEGELER

L'exposé comprendra trois parties : la première sera consacrée aux caractéristiques générales de l'organisation hospitalière liégeoise, la deuxième s'intéressera à l'assistance matérielle aux pauvres et dans la dernière on esquissera une description de certains hôpitaux à travers les informations fournies par les sources écrites.

L'évolution du cadre hospitalier

Il ne semble pas qu'il existe de structure hospitalière permanente avant le XI^e siècle. À cette époque, Liège compte une population évaluée entre 5 000 et 10 000 habitants. Elle est ainsi la première ville du diocèse et la deuxième de l'Empire après Cologne (DE SPIEGELER, 1987).

Avant 1468, date de sa destruction par les troupes de Charles le Téméraire, on a pu calculer, grâce aux relevés réalisés par les Bourguignons, que sa population devait compter 20 000 habitants *intra muros* et 5 000 dans les faubourgs les plus proches de l'enceinte. Avec 25 000 habitants, Liège se situe au troisième ou quatrième rang des villes d'Empire et au cinquième des villes des Pays-Bas.

Le premier hôpital est fondé par le futur évêque Wazon, lorsqu'il était prévôt de la cathédrale (1029-1042). Cette fondation peut paraître tar-

dive pour une ville de l'importance de Liège, alors que l'*Institutio canonicorum* (début du IX^e siècle) prévoyait que chaque église capitulaire devait aménager un local destiné à accueillir et à entretenir des pauvres et qu'une partie des dîmes devait être affectée à la gestion de cet hôpital. C'est du moins la théorie, car en pratique, on constate souvent un délai assez long entre la date de création d'une église capitulaire et la date d'apparition de son hôpital. Dans l'Empire, on ne connaît que quatre hôpitaux capitulaires avant le XI^e siècle. Dans d'autres villes du diocèse de Liège, un siècle au moins se passe entre la fondation d'une collégiale et l'apparition de son hôpital. C'est le cas à Huy, à Tongres, à Fosses ou à Dinant.

Aucune des nombreuses collégiales liégeoises — on en compte sept — ne se dotera d'un hôpital, même s'il leur arrive avec plus ou moins de régularité d'organiser des distributions d'aumônes aux pauvres.

L'hôpital de la cathédrale, créé initialement pour trente pauvres, constituera jusqu'en 1175, la seule organisation hospitalière structurée.

Il est probable que les deux importants monastères bénédictins, situés à quelques centaines de mètres des remparts, Saint-Jacques (1015-16) et Saint-Laurent (1018-1025), étaient dotés d'une aumônerie, comme la Règle le demandait. Mais ces aumôneries n'apparaissent dans les textes que tardivement au XII^e siècle.

Elles ne paraissent pas avoir connu de développement particulier qui les auraient conduites à devenir de véritables hôpitaux.

Dans le dernier quart du XIII^e siècle, apparaissent, en quelques années, trois fondations importantes : la léproserie de Cornillon située sur la route de Cologne, qui allait devenir la principale léproserie de la ville, l'hôpital Saint-Christophe (avant 1183) à la limite de la ville dans la paroisse en pleine expansion de Saint-Christophe, l'hôpital Saint-Abraham ou Saint-Jean-Baptiste (avant 1189) installé au cœur de la cité dans la riche paroisse du même nom, et pour être complet le modeste hôpital Sainte-Agathe ou Sainte-Marguerite (avant 1183). Durant la même période, l'hôpital de la cathédrale connaît de graves difficultés, peut-être même disparaît.

Au début du XIII^e siècle, le doyen du chapitre de Saint-Lambert réorganise l'hôpital de la cathédrale qui devient le Nouvel hôpital ou Saint-Mathieu-à-la-chaîne. À ce changement de nom correspond aussi une nouvelle localisation puisque l'hôpital quitte un lieu mal déterminé, proche de la cathédrale et de l'église Notre-Dame-aux-Fonts, pour s'installer à la limite du cloître.

Le XIII^e siècle verra encore cinq nouvelles fondations, souvent assez modestes, dont deux n'auront qu'une existence éphémère. Seul l'hôpital Tirebourse, installé au cœur des béguinages de Saint-Christophe et réservé aux béguines, peut être considéré comme un établissement d'une certaine importance. À la fin de ce siècle, Liège compte deux léproseries et sept hôpitaux.

À la fin du XIV^e siècle, le nombre de léproseries reste identique, mais on notera la naissance de quatre nouveaux établissements de petite dimension. À la fin du XV^e siècle, Liège compte deux léproseries et treize hôpitaux.

Ces chiffres sont assez semblables à ceux relevés dans des villes de taille comparable. Cologne et Bruges (30 000 habitants) à la même époque possèdent une quinzaine d'hôpitaux

pour l'une et une dizaine pour l'autre. Lyon, 20 000 habitants au milieu du XV^e siècle, en compte une vingtaine. Douai, environ 18 000 habitants à la fin du XIV^e siècle, en possédait quatorze. On pourrait multiplier les points de comparaison, sans que ceux-ci ne soient plus pertinents pour ce qui est du ratio population / nombre d'hôpitaux. Il est évident qu'un lien existe entre la taille de la ville et le nombre d'hôpitaux, sans que l'on puisse aller plus loin. Les villes de Huy, Namur et Dinant, 5 000 à 10 000 habitants à la fin du XV^e siècle, comptent également moins d'hôpitaux puisqu'on en dénombre de quatre à sept.

Il paraît par contre plus intéressant d'analyser l'évolution des catégories de pauvres auxquels ils s'adressaient.

La pauvreté assistée auxquels les hôpitaux accordent un abri, de la nourriture, parfois des soins, comprend les malades, les infirmes, les pèlerins et les lépreux.

Jusqu'à la fin du XIII^e siècle, l'infrastructure hospitalière liégeoise paraît donner à ces différentes catégories des possibilités d'asile et d'assistance. En effet, l'on y trouve deux léproseries (Cornillon pour les habitants de la ville et Sainte-Walburge pour les étrangers), un hôpital pour les béguines qui sont nombreuses dans la ville (Tirebourse), trois hôpitaux pour malades (Saint-Christophe, Saint-Jean-Baptiste et Saint-Jean-l'Évangéliste) et deux autres qui accueillent à la fois des malades et des pèlerins (Sainte-Marguerite et le Nouvel-hôpital).

À partir du XIV^e siècle, un déséquilibre commence à s'installer. L'hôpital Saint-Jean-l'Évangéliste se transforme en béguinage, l'accueil des lépreux à la léproserie de Cornillon est menacé par un développement de la communauté saine. La ville doit intervenir à plusieurs reprises pour en limiter le nombre et maintenir ainsi la possibilité de recevoir des lépreux. L'hôpital Saint-Christophe se transforme pour des raisons inconnues en un hôpital pour pèlerins. Après 1340, l'hôpital de la cathédrale perd sa fonction d'hôpital pour malades pour ne plus abriter que des *familiers*.

Ces *familiers* qui sont-ils ? Ils n'entrent dans aucune des catégories de pauvres habituellement assistés.

Leur entrée à l'hôpital est soumise à deux conditions : ne pas être marié et avoir moins de trente ans pour les hommes et de quarante ans pour les femmes.

Une fois entrés, ils sont tenus au respect des trois vœux et de porter un habit distinctif. Malgré cela, ils ne font pas partie des frères et sœurs de la communauté augustinienne.

Ils ne sont pas non plus des prébendiers, les deux sous qu'ils reçoivent par semaine ne pouvant être considérés comme une prébende.

Personnes d'origine modeste, elles sont soumises à l'autorité du prieur de la communauté augustinienne qui peut leur confier des tâches manuelles. Sans être des bégards et des béguines, c'est de cette catégorie qu'ils se rapprochent le plus. Qui que soient ces nouveaux hôtes, l'hôpital de la cathédrale a bien perdu sa fonction première.

Au début du xv^e siècle, avec les nouvelles fondations qui sont presque toutes destinées aux pèlerins et aux passants, le déséquilibre s'accroît encore. Liège ne compte plus alors qu'un seul hôpital pour malades, quelques établissements spécialisés réservés aux aveugles, aux écoliers pauvres, aux béguines et aux lépreux, et enfin sept hôpitaux pour pèlerins.

La place prise par les institutions pour pèlerins peut surprendre dans une ville qui n'est ni un centre de pèlerinage, ni un nœud routier de première importance. En l'absence de toute politique d'implantation hospitalière organisée par la ville ou l'évêque, les causes de cette situation sont à rechercher ailleurs.

La création et l'entretien d'un hôpital coûte cher. Sans rentrées suffisantes, le recours à la vente de prébendes est une tentation auxquelles les institutions ont mal résisté, et cela aux dépens du nombre de pauvres secourus ou de la qualité de ces secours. En effet, la fonda-

tion d'un hôpital est avant tout un geste religieux, un geste charitable à l'égard des pauvres, et, pourrait-on ajouter, peu importe la catégorie de pauvres que l'on décide d'aider, puisqu'il ne s'agit nullement par la fondation d'un hôpital de résoudre un problème social, mais de gagner son paradis. De plus, comme les Liégeois qui aux xiv^e et xv^e siècles souhaitent perpétuer leur mémoire par une fondation hospitalière, ne se recrutent pas parmi le groupe le plus fortuné de la population, il est assez normal que ceux-ci se tournent vers la création d'hôpitaux pour pèlerins qui se satisfont de locaux de petites ou de moyennes dimensions et surtout d'un personnel beaucoup plus réduit que celui des établissements réservés à l'accueil des malades.

Une autre caractéristique de l'organisation hospitalière liégeoise est son immobilisme et son caractère peu innovant. En cause, l'implication limitée des autorités, en l'occurrence l'évêque et la ville, qui ailleurs furent les principaux moteurs du changement et de l'innovation. Après le xiii^e siècle, une fois que la ville eut affirmé son contrôle sur la léproserie de Cornillon et l'aumône principale de la cité, elle ne tenta pas d'étendre son pouvoir sur les autres établissements charitables de la ville et se contenta dans les établissements dont elle avait le contrôle, d'interventions minimales destinées à empêcher ou à limiter certaines dérives dans la gestion.

L'évêque, l'autre pôle d'un possible changement, après avoir imposé un certain ordre dans les fondations hospitalières majeures de la ville et de la principauté par l'application aux communautés hospitalières de la règle de Saint-Augustin, n'intervint plus après 1250 que de manière sporadique.

On n'observera dès lors à Liège aucune des tendances profondes que l'on note ailleurs, et en particulier dans les villes d'Empire, à savoir un contrôle de plus en plus marqué des villes sur les structures d'assistance, le regroupement des petites fondations ou la médicalisation des grands hôpitaux.

Phénomènes que l'on observe pourtant dans d'autres villes mosanes, notamment Namur qui accorde, à partir de 1451, une pension à un médecin pour qu'il soigne les pauvres (THOMAS, 1994, p. 296). La ville de Huy, en 1377, crée une commission, les XI hommes, afin de réorganiser la gestion du patrimoine de la presque totalité des hôpitaux hutois. De simple commission d'enquête, les XI hommes se transformeront en organe permanent de gestion des hôpitaux au côté du conseil de la ville. Au xv^e siècle, le pouvoir de la commission s'est étendu au-delà des seuls aspects financiers puisqu'elle possède un pouvoir juridictionnel sur tous ceux qui vivaient dans les hôpitaux.

À Liège, rien de tout cela. Il faut attendre 1519 pour voir la ville prendre une initiative en matière d'assistance, et encore y était-elle fortement poussée par les épidémies qui venaient de la toucher. Elle prend alors la décision d'inviter une congrégation de frères cellites à s'installer pour donner des soins aux malades et enterrer les morts, particulièrement les victimes de la peste.

À cette absence d'implication forte des autorités communales liégeoises dans la gestion des hôpitaux répond, comme en écho, le fait que les bourgeois fondateurs d'hôpitaux confient la surveillance de leur fondation au curé de la paroisse plutôt qu'à la ville, contrairement à ce que l'on observe habituellement.

Cette situation de déséquilibre structurel se prolongera jusqu'en 1603-1606, date de la fondation de l'hôpital de Bavière. Au xv^e siècle, la disparition de deux petits hôpitaux pour pèlerins et la création de deux nouvelles fondations liées directement ou non aux épidémies de peste, à savoir la maison des frères cellites et l'hôpital Saint-Désiré, ne modifient que fort peu la situation. La création de l'hôpital de Bavière apparaît comme un moment exceptionnel dans l'histoire hospitalière liégeoise : c'est un moment de rupture avec les conceptions du passé puisque l'on assiste à l'apparition d'un hôpital au sens moderne du terme.

Une association de bourgeois est à l'origine de cette fondation. Devant le constat que de nombreux malades pauvres, qu'ils se trouvent à leur domicile ou dans les hôpitaux, ne reçoivent pas d'aide ou une aide insuffisante et devraient bénéficier de secours là où ils résident, ils se constituent en confrérie — la confrérie de la miséricorde chrétienne. Très rapidement, les membres de cette confrérie constatent la difficulté de mise en œuvre de cette aide « décentralisée ». Ils décident dès lors, avec le soutien moral et surtout matériel de l'évêque Ernest de Bavière, de fonder un hôpital destiné spécifiquement aux malades pauvres (GOBERT, 1976, p. 284-292). La nouveauté réside dans le fait que, pour la première fois, une création a pour objet principal de répondre à un besoin social identifié comme tel. Et cela, même si les motivations religieuses restent bien présentes et si l'organisation demeure fondée sur une congrégation augustinienne.

L'assistance matérielle

Avant d'aborder la question de l'aide matérielle apportée par les hôpitaux, il convient de prendre quelques précautions relatives à la portée de ce qui va suivre.

Tout d'abord, les sources qui nous permettent d'examiner la question précitée datent exclusivement du xv^e siècle. Ensuite elles ne concernent que trois hôpitaux pour pèlerins pour lesquels une partie des comptes a été conservée : l'hôpital Saint-Julien, fondation bourgeoise du début du xiv^e siècle située à l'extérieur des remparts d'Outre-Meuse sur la route menant au Rhin — à la période qui nous occupe il est géré par une communauté de prébendiers —, l'hôpital Mostarde (1336), installé dans le centre de la ville, et l'hôpital Saint-Jacques, fondé vers 1427 par une confrérie d'anciens pèlerins de Compostelle, situé près d'un bras de la Meuse.

La répartition des sources des revenus nous montre qu'ils proviennent très majoritairement de rentes rurales (80 %), les rentes urbaines représentent 15 % des revenus, les 5 % restants

sont constitués de dons et de revenus divers. Cette répartition permet de mettre le doigt sur l'origine d'une des faiblesses essentielles de l'assistance médiévale. Que des troubles militaires se produisent ou que des intempéries graves surviennent, ou que deux phénomènes cumulent leurs effets, et c'est la catastrophe, comme ce fut le cas en 1489-90 où les revenus ruraux de l'hôpital Mostarde chutent des deux tiers. En 1468, lorsque les troupes bourguignonnes occupent la principauté, ce même hôpital ne recevra que 3 % des rentes rurales attendues. En temps de troubles ou de perturbations climatiques, alors que les prix grimpent, que le nombre de pauvres augmente, que les habitants des campagnes refluent vers la ville, les aumônes et les hôpitaux sont incapables de faire face à la demande accrue de secours et se révèlent encore moins efficaces qu'en temps normal.

Pour ce qui est de la ventilation des dépenses, nous avons conservé autant que faire se pouvait la répartition adoptée par les compteurs de l'époque. Le poste *chauffage, éclairage, couchage et nourriture des pauvres* représente en moyenne 21,4 % des dépenses à l'hôpital Mostarde, 11,8 % à Saint-Julien et 3,5 % à Saint-Jacques. Sauf à l'hôpital Mostarde, les dépenses consacrées directement aux pauvres arrivent en dernière position des différents types de dépenses. Afin d'estimer à sa juste place la part réservée des pauvres, il faut se souvenir qu'il s'agit d'hôpitaux pour pèlerins ou voyageurs qui ne séjournaient en principe que peu de temps et dont l'entretien était beaucoup moins coûteux que celui des malades.

Cette part réduite réservée à l'accueil des pauvres est aussi due au faible taux d'occupation de ces hôpitaux. L'hôpital Mostarde pouvait théoriquement recevoir une quarantaine de personnes. À l'occasion de certaines fêtes religieuses, ceux qui y étaient hébergés avaient droit à des distributions supplémentaires. Leur nombre était alors soigneusement noté, il varie entre cinq et huit, ce qui représente un taux d'occupation de 10 à 20 %.

Autre exemple, l'alimentation et l'entretien de cinq ou six prébendiers coûtent à l'hôpital Saint-Julien deux à trois fois plus que les sommes consacrées aux pèlerins. On peut en déduire que le nombre moyen de pèlerins présents chaque jour oscillaient entre deux et trois.

Quand à l'hôpital Saint-Jacques, on peut considérer qu'il ne reçoit pour ainsi dire presque plus personne. À titre indicatif, les deux repas qui, en 1480, rassemblèrent l'un treize membres de la confrérie et l'autre quinze, coûtèrent 136 livres 2 sous, alors que la somme dévolue aux pèlerins pour toute l'année s'élevait à 49 livres et 4 sous.

Tel que l'on peut la percevoir à travers les comptes, la base de l'alimentation donnée aux pèlerins ou aux pauvres passants est le pain, la soupe de pois, la bière et le porc ou, dans les périodes maigres, le hareng et les poissons de rivière. À ces rations ordinaires viennent s'ajouter à l'occasion des fêtes de la Toussaint, de Noël et du Mardi Gras, du vin, du mouton, du bœuf et du veau.

À travers les comptes, nous ne percevons, bien sûr, qu'une partie de la réalité puisqu'ils n'enregistrent que les achats. Les productions propres de l'hôpital sont bien sûr absentes. En effet, à l'exception des hôpitaux situés dans la partie la plus urbanisée de la ville (Mostarde), les autres possédaient des jardins et élevaient des animaux de basse-cour.

Le compteur de Saint-Julien fait acheter, tous les trois mois, un setier d'orge pour les volailles de l'hôpital. Il notait aussi scrupuleusement les achats d'arbres fruitiers ou de graines de chou et de navet pour le jardin. Autre exemple de l'apport parfois important des productions propres de l'hôpital, en 1478, le prieur de l'hôpital Saint-Christophe passe avec un vigneron un bail de six ans concernant la boverie de l'hôpital. Aux termes de ce contrat, le vigneron devait donner, outre une somme d'argent, la moitié de la production de fruits et de vin de la boverie. Il était également tenu de planter chaque année treize arbres et d'en-

graisser une vache ou un bœuf pour les frères de l'hôpital.

Les conclusions de cette partie ne peuvent être que limitées. En matière d'alimentation, nous ne disposons que d'informations qualitatives partielles qui ne permettent sûrement pas de calculer un apport calorique, mais seulement d'avoir une idée de la composition des repas. Quant à la fonction d'assistance et d'aide de ces hôpitaux, il est clair qu'elle est très limitée. Les revenus de l'hôpital Saint-Julien servent essentiellement à l'entretien de quelques prébendiers, ceux de Saint-Jacques à alimenter les besoins de la confrérie. Seul Mostarde maintient une activité réduite d'assistance. Ces constatations non seulement confirment la situation de déséquilibre signalée plus haut, mais en plus montrent la faible utilité sociale de ces établissements.

Les bâtiments

C'est sensiblement à partir des mêmes sources, à savoir des inventaires de mobiliers conservés dans les comptabilités, que l'on peut donner une description du nombre et de l'usage des pièces de deux hôpitaux, Mostarde et Saint-Jacques, soit deux établissements pour pèlerins.

Le recours à ce type de sources indirectes est dû au fait que les hôpitaux liégeois fondés au Moyen Âge ont mal traversé le temps. Les petites fondations déliquescents au xv^e siècle (Sainte-Marguerite, Paquay, Saint-Guillaume, la léproserie de Sainte-Walburge) disparaissent au siècle suivant sans laisser de traces. L'hôpital de la cathédrale est transformé en séminaire en 1592, avant d'être démoli peu après 1786. Les maisons des aveugles sont détruites en 1612. Les autres établissements se maintiennent jusqu'à la fin du xviii^e siècle, pour disparaître les uns après les autres, victimes des rénovations de bâtiments, des élargissements de chaussée et du percement d'artères nouvelles. Les locaux de l'hôpital Saint-Julien serviront d'école (1826-40), de halle aux viandes (1842-76), puis de synagogue, avant d'être finalement rasés en 1900. Le dernier édifice à avoir résisté est l'hô-

pital Saint-Jean-Baptiste. Partiellement détruit à la fin du xviii^e siècle, il sera définitivement démoli en 1960.

Les seules traces architecturales conservées, l'abside romane de la chapelle de Cornillon (fin du xii^e siècle) et quelques éléments du couvent des cellites (1^{re} moitié du xvi^e siècle) en cours d'étude, aident peu à se faire une idée de l'ensemble. De même, les représentations iconographiques et photographiques sont ou insuffisamment détaillées ou trop tardives pour être d'un quelconque secours. Restent les informations glanées dans les sources écrites qui souvent ne dépassent guère le niveau de l'évidence. Ainsi les établissements situés dans les zones d'habitat les moins denses (Cornillon, Saint-Christophe, Saint-Julien) conservent un caractère rural accentué avec la présence de granges, d'étables, de jardins, de vergers et parfois de vignes. Dans les zones plus urbanisées, les hôpitaux sont obligés de concentrer dans un seul bâtiment le(s) dortoir(s), le réfectoire, les greniers et les celliers.

Grâce à l'inventaire du mobilier de l'hôpital Mostarde réalisé en 1440, on connaît le nombre de pièces, leur situation et leur fonction, mais rien sur leur dimension et leur agencement. Au rez-de-chaussée, on trouve une première pièce en façade contenant trois lits et deux châssis de lit ; vient ensuite une chapelle aux dimensions sûrement très modestes puisqu'elle ne contient qu'un long banc et un coffre ; suivent deux dortoirs, l'un avec cinq lits, l'autre avec quinze lits, une salle servant de réfectoire et de chauffoir, un local réservé au compteur avec une table et une chaise, une autre pièce probablement contiguë, faisant fonction de trésorerie, de dépôts d'archives et de débarras, la cuisine qui paraît bien équipée (quatre chaudrons, plusieurs poêles, des plats en étain, ...) et finalement la chambre de la domestique. Le premier étage est tout entier occupé par deux pièces : une au-dessus de la cuisine, dont la fonction n'est pas précisée et qui ne contient aucun meuble notable, une seconde plus vaste qualifiée de garde-robe (*ward robe*) où s'entassaient pêle-mêle deux lits, un châssis de lit, deux mauvaises couvertures,

une armoire, des draps de lits, deux vieilles tables, des bancs... Le second étage est simplement mentionné comme grenier.

L'inventaire de l'hôpital Saint-Jacques est plus récent : 1563. Ici, comme dans l'exemple précédent, il s'agit d'une ancienne maison d'habitation transformée en vue de sa nouvelle affectation. Comme le bâtiment ne semble pas avoir subi de modifications majeures depuis son affectation hospitalière, on peut supposer que le nombre de pièces et leur affectation devaient être sensiblement les mêmes au xv^e siècle. La description commence par la chapelle qui paraît richement dotée à la lecture de la longue liste des objets de culte qui y sont répertoriés (calices, encensoirs, chandeliers, chapes, aubes, chasubles). Suit la pièce principale, salle assez vaste avec cheminée, qui servait de lieu de réunion pour les membres de la confrérie, de chauffoir et de réfectoire pour les pèlerins. Vient ensuite un local appelé *chambre az moibles* où étaient enfermés la vaisselle, des seaux, une paire de drap, une couverture et un lit. Dernière pièce du rez-de-chaussée, la cuisine disposait de trois chaudrons, six poêles, une fourchette, une louche, deux lampes et les ustensiles nécessaires à l'entretien du feu. Au premier étage, se trouvaient la chambre du domestique et le dortoir des pauvres comprenant neuf lits, neuf paires de draps et tout autant de couvertures. Le second étage servait au stockage des grains.

Si ces textes permettent de se faire une idée, avec un peu d'imagination, de ce à quoi pou-

vaient ressembler les petites fondations pour pèlerins, on ne peut guère aller au-delà.

Le cas liégeois montre que l'évolution de l'histoire hospitalière n'est pas linéaire, qu'il existe des zones, des lieux où les mécanismes généraux de développement ne sont pas applicables ou mettent beaucoup plus de temps qu'ailleurs à se mettre en place. C'est le cas ici où la communalisation fut limitée, où l'on n'observa pas de médicalisation, pas de regroupement, ni de réforme de la gestion financière. Il montre aussi que les changements de mentalités ou d'approche qui conduisirent de l'hôpital institution religieuse œuvrant à la rédemption de ses fondateurs et de ceux qui s'y trouvaient ou qui y passaient, à l'hôpital établissement de soins, furent lents.

Bibliographie

DE SPIEGELER P., 1987. *Les hôpitaux et l'assistance à Liège (x^e-xv^e siècles). Aspects institutionnels et sociaux*, Paris, Les Belles Lettres (Bibliothèque de la Faculté de Philosophie et Lettres de l'Université de Liège, fasc. CCXLIX).

GOBERT Th., 1976. *Liège à travers les âges*, Bruxelles (Éditions culture et civilisation, III).

THOMAS Fr., 1994. Hygiène, approvisionnement en eau et gestion hydrographique à Namur au xv^e siècle, *Annales de la Société archéologique de Namur*, LXVIII.

Le sens de l'hospitalité à Bruxelles au Moyen Âge

Claire DICKSTEIN-BERNARD

Qui accueille-t-on et comment accueille-t-on à Bruxelles dans les institutions hospitalières qui hébergent ceux qu'elles assistent ?

Tout d'abord, constatons que ces institutions peuvent, grosso modo, être réparties en deux catégories principales.

La première comprend les institutions désignées en néerlandais sous le nom de *gasthuysen*, en latin qualifiées d'*hospitium*, *hospitalicium* ou *hospitale*, et que l'on traduit en général en français par hôpital.

La deuxième comprend des institutions que le latin désigne sous le nom de *domus Dei* et le néerlandais sous le nom de *godshuys*, hospice. Il y a enfin des institutions que l'on pourrait qualifier de « spécialisées », telles l'infirmerie du béguinage de la Vigne, réservée aux béguines, ou la léproserie, parfois il est vrai qualifiée de *godshuys*.

Qu'est-ce qui distingue ces différents types d'institutions les uns des autres ? Nous allons voir en effet qu'au xv^e siècle, les autorités communales utilisent systématiquement l'une ou l'autre de ces dénominations selon l'institution qu'elles veulent désigner.

xii^e siècle : les hôpitaux les plus anciens

Si l'on se place dans la perspective chronologique, il semble bien que les trois plus anciennes institutions dont nous trouvons mention à Bruxelles appartiennent à la catégorie des *hospitia* (BONENFANT, 1973, p. 5-25).

La plus anciennement citée, entre la Noël 1126 et le 4 juin 1127, est un *hospitalicium pauperum* édifié en l'honneur de la Vierge et des Douze-Apôtres, à côté de l'église dédiée à Notre-Dame et à Sainte-Gudule. Burchard, évêque de Cambrai, donne à cette dernière le revenu de l'autel d'Etterbeek au profit de l'hôpital voisin¹ (LEFEVRE *et al.*, 1993, n° 4, p. 7). Un acte de 1138 précise que cette *domus hospitalitatis* destinée aux pauvres a été fondée par Albert, curé et chanoine de l'église, à côté du cimetière de celle-ci et sur un terrain donné par la dame Rikeldis (LEFEVRE *et al.*, 1993, n° 8, p. 13). Voilà probablement la raison de la dépendance dans laquelle nous trouverons cet hôpital par rapport au chapitre de l'église Sainte-Gudule. Le pouvoir du chapitre n'y sera contrebalancé que par celui des pouvoirs publics, et ce à partir du xv^e siècle².

¹ Sous réserve du paiement des droits diocésains. L'hôpital paiera annuellement un cens de 12 d. de Bruxelles à l'église.

² La maîtresse et la communauté de l'hôpital accensent un bien appartenant à celui-ci « met concente der capittelen van

L'*hospitalicium Sancti Nicholai* cité pour la première fois entre la Noël 1128 et le 4 juin 1129 est, lui aussi, destiné aux pauvres qui s'y présentent. C'est l'autel de Wezembeek, cette fois, que le même Burchard, évêque de Cambrai, donne au chapitre de Sainte-Gudule à son intention³ (LEFEVRE *et al.*, 1993, n° 5, p. 9 ; SOENEN, 1996, p. 385-402). Cet hôpital Saint-Nicolas, situé à proximité du marché et sans doute à côté de l'église du même nom⁴, pourrait bien avoir été fondé par une confrérie dont l'existence est attestée dans l'église en 1231 (Registres Sweerts, p. 10 et 34).

Quant à la troisième institution, c'est un hôpital situé sur le Coudenberg, sur la propriété allodiale du duc. Elle est destinée à accueillir les pauvres. Le duc Godefroid III de Lotharingie en fait don en 1162 aux Hospitaliers de Saint-Jean de Jérusalem, ainsi que de l'église dont il dépend. Le duc confirmera ensuite la donation mais du seul hôpital cette fois, en 1183⁵ (Annales Mons, 1865, p. 53-54). Que cet hôpital soit une fondation de la famille ducal ne paraît pas douteux⁶ (DESPY, 1997, p. 272 ; LEFEVRE, 1942, p. 78).

L'existence de trois institutions hospitalières ainsi que leur affectation à l'usage des pauvres

sente Gudilen diere proviseere ende hoeder ane sijn » : 30 janvier 1300 n.s. AGR, AE, Sainte-Gudule n° 44 et DICKSTEIN, 1999-2003, p.9

³ Le proviseur de l'hôpital paiera un cens perpétuel de 14 d. au chapitre. Comme lors de la donation de l'autel d'Etterbeek, l'évêque réserve cependant les droits diocésains.

⁴ « ...ecclesie beati Michaelis et sancte Gudile Brusellensis, ad usus et refectionem pauperum in hospitalicio sancti Nicholai, **quod eidem ecclesie** sub parrochiali termino **adiacet**, conventium, ita concedimus ... ». Voir également DESPY, 1997, p. 269.

⁵ « ...ecclesiam beati Iacobi in Caldenberge, cum appendentibus rebus hospitalis, et ipsa domo pauperum Christi susceptoria ... ». 1162. « ... domum hospitalis super alodium meum apud Brussellam burgum meum in Frigido Monte fundatam, cum universis appenditiis ac redditibus suis in perpetuum libere possidendam ... » (Annales Mons, 1865, p. 53-54).

⁶ Le consentement de la duchesse Lutgarde, mère de Godefroid III, est expressément mentionné dans l'acte de donation de 1162. Rappelons que le château sur le Coudenberg est cité en 1121 et le desservant de l'église à partir de 1143 (DESPY, 1997, p. 272) ou 1135 (LEFEVRE, 1942, p. 78).

mais aussi des pèlerins est confirmée par une bulle du pape Alexandre III qui, le 9 avril 1174, mentionne l'existence à Bruxelles de trois *hospitalia* dont le nom n'est pas autrement précisé cependant⁷ (LEFEVRE *et al.*, 1993, n° 10, p. 18). La bulle signale aussi la présence de lépreux vivant sans doute en communauté, puisque le chapitre leur a concédé hors ville un cimetière et un oratoire.

C'est en 1195 qu'il est fait mention pour la première fois d'un quatrième hôpital. Il a été fondé par une confrérie placée sous l'invocation du Saint-Esprit et sa création semble alors de peu antérieure à cette mention. En 1204, placé sous la protection de saint Jean-Baptiste, il abrite des pauvres, non autrement qualifiés. Les statuts que lui confère l'évêque de Cambrai en 1211 précisent eux, qu'une communauté de 3 frères et 10 sœurs y accueille des infirmes (*infirmi*), des malades (*egri*), des femmes en couches et quelques enfants abandonnés. Dans ces statuts figure également un article que l'on ne trouve pas dans ceux accordés ultérieurement à d'autres hôpitaux du diocèse. Il autorise les hospitalisés à recourir aux soins d'un médecin si nécessaire, à leur frais s'ils le peuvent, à ceux de l'hôpital sinon (BONENFANT, 1953, p. VIII, XII, n° 10, particulièrement art. 25 et 28, p. 19-25).

L'hôpital Saint-Jean, bien situé à deux pas du centre urbain, connaît un grand développement au cours du XIII^e siècle. Il est cité par Jacques de Vitry vers 1225 (BONENFANT-FEYTMANS, 1980, p. 27 et 35). En 1231, Guillaume de Ledeborgh y fonde treize lits (BONENFANT, 1953, n° 39, p. 63). En 1237, c'est un cimetière que l'hôpital souhaite et obtient⁸ (BONENFANT, 1953, nos 51 et 55, p. 77 et 81). L'église est en cours de

⁷ « ...nullus sepeliatur vel baptizetur nisi apud maiorem ecclesiam, preter leprosos quibus extra oppidum ... cimiterium cum oratorio a vobis indultum est... » (LEFEVRE *et al.*, 1993, n° 10, p. 18).

⁸ Le pape autorise l'évêque de Cambrai à en concéder un, ainsi qu'un prieur, dont l'hôpital a fait la demande (22 mai 1237). Le chapitre de Sainte-Gudule est prié par l'évêque d'accorder le cimetière par acte du 22 décembre 1240 (BONENFANT, 1953, nos 51 et 55, p. 77 et 81).

construction en 1244⁹ (LEFEVRE *et al.*, 1993, n° 56, p. 53) et toujours en chantier deux ans plus tard, comme aussi les bâtiments de l'hôpital et de ses dépendances (BONENFANT, 1953, n° 65, p. 91 : 16 octobre 1246). L'institution bénéficie probablement du soutien financier de la confrérie qui l'a fondée. Son mode d'administration sans doute plus souple que la tutelle du chapitre qui s'exerce sur l'hôpital de Sainte-Gudule, pourrait peut-être contribuer, lui aussi, à expliquer ce développement. L'hôpital de Notre-Dame et des Douze-Apôtres que l'on appelle désormais « de Sainte-Gudule », évolue différemment en effet. En 1244 on le qualifie de « maison des infirmes » près du cimetière de Sainte-Gudule (LEFEVRE *et al.*, 1993, n° 56, p. 73 : 1^{er} octobre 1244). Il est administré alors par un *magister* (1233), un *hospitalarius* (Pierre, cité en 1242), un *magister hospitalis* (1245), un *procurator* (1256 et 1293) (LEFEVRE *et al.*, 1993, n° 46, p. 60 : 1233 ; BONENFANT¹⁰, 1953, n° 57, p. 83 : 3 février 1242 n.s. ; mai 1245 : ACPASB. H. 1294, f° 80 v°). Une femme dirige la communauté en 1260. Une maîtresse est citée à diverses reprises au XIV^e siècle¹¹. L'histoire de cet hôpital, mal connue, mériterait d'être mieux étudiée, mais les sources sont peu abondantes pour cette période. En 1256, l'évêque de Cambrai lui accorde des statuts. Il y est fait mention d'une communauté de frères et de sœurs en nombre indéterminé, ainsi que d'hospitalisés tant infirmes que malades, mais non de parturientes ni d'enfants comme à Saint-Jean en 1211

⁹ « ...apud Sanctum Johannem habebunt .IIIJ. solidos, scilicet... fabrica ecclesie .XII. denarios quamdiu operatur in vectura, in incisura, in murando... » (LEFEVRE *et al.*, 1993, n° 56, p. 73).

¹⁰ Dans la table du *Cartulaire*, p. 419, Bonenfant traduit le terme « hospitalarius » par « proviseur d'hôpital ». L'acte du 17 novembre 1293 est publié dans BONENFANT, 1953, n° 230, p. 282. Dans l'acte de 1242, il apparaît comme témoin. En 1245 et 1293, il représente l'hôpital lors de transactions immobilières. D'après les statuts de 1256, c'est lui qui décide du moment où peuvent être prononcés les vœux des novices.

¹¹ « Juliana magistra et conventus hospitalis beate Gudilae » sont cités pour 1260 par HENNE & WAUTERS, III, p. 285, n. 3. La maîtresse et le couvent sont cités également le 30 janvier 1300 n.s. (AGR, AE, Sainte-Gudule, n° 44). Marguerite van den Safefele est maîtresse entre le 26 octobre 1358 et le 8 mars 1362 (ACPASB, B. 670, f° 196 n° 51 ; et AGR, AE, Sainte-Gudule, n° 61), et Marguerite van Vaelbeke en 1368 (ACPASB, B. 1286, f° 12 v°, et H. 1294, f° 82 v°).

(Analectes, XIII, 1901, p. 13 ; LEFEVRE *et al.*, 1993, n° 102, p. 120 : 4 mars 1260 n.s.). L'hôpital est, on l'a vu, sous l'étroite dépendance du chapitre.

Ce n'est pas l'évêque de Cambrai qui dote l'hôpital Saint-Nicolas de statuts, comme il l'a fait pour Saint-Jean en 1211 et pour Sainte-Gudule en 1256. Apparemment il n'en a pas le pouvoir. Néanmoins, c'est à la suite de ses demandes réitérées que les échevins de Bruxelles se décident, en novembre 1253, à une intervention rendue nécessaire par la situation financière précaire de l'établissement et par le désordre qui y règne. Les pensionnaires célibataires et de sexe masculin qui y vivent sous la direction d'un prêtre devront se vêtir et se comporter désormais comme des religieux. Une gestion plus rigoureuse du patrimoine devra permettre de les entretenir décentement et de rendre l'hôpital à sa destination primitive, l'accueil des pauvres de passage¹² (FAVRESSE, 1938, n° 14, p. 412). Malgré ces mesures, dix ans plus tard, la situation financière justifie encore que l'on limite le nombre des prébendiers (FAVRESSE, 1938, n° 23, p. 431 : mars 1264 n.s.).

Quant à l'hôpital Saint-Jacques au Coudenberg, on ne sait quasi plus rien de lui, sinon qu'il subsiste, au moins nominalement (PERGAMENI, 1943, p. 100, AVB, 2909).

xiii^e siècle : apparition de nouvelles institutions d'accueil

À côté de ces hôpitaux déjà cités au siècle précédent, apparaissent plusieurs institutions nouvelles.

L'une est née au sein d'une communauté religieuse, celle établie à côté de la porte Sainte-Catherine. Un arbitrage rendu par l'évêque de Cambrai en 1238, dans un conflit qui oppose le couvent au chapitre de Sainte-Gudule et au curé de Molenbeek, fait allusion à la malade qui, sur son lit de souffrances, y

¹² « ad usus et recreacionem pauperum transeuntium »

prend l'habit puis y décède, et dont la messe de funérailles pourra néanmoins être dite dans sa propre paroisse : le couvent semble donc accueillir à ce moment des malades venant de l'extérieur¹³ (LEFEVRE *et al.*, 1993, n° 49, p. 63–64). Occupé depuis 1253 au plus tard par les Dames-Blanches de l'ordre de Saint-Victor après l'avoir été par les Pénitentes de Sainte-Marie-Madeleine¹⁴, il figure en bonne place parmi d'autres institutions de bienfaisance dans plusieurs testaments, au XIII^e siècle¹⁵. Il est cité par le Magistrat de la ville en 1449 et 1452 parmi les institutions de secours placées sous sa mambournie, et comme telles, soumises au contrôle de leurs comptes par le vérificateur communal (DICKSTEIN, 2001, p. 187–208). Il n'est pas certain cependant que cette situation ait perduré après 1456¹⁶.

Trois institutions de secours peuvent être mises en relation avec le mouvement des béguines et des bogards.

Le béguinage de la Vigne existe en 1246–1247. Dès 1248–1249, l'institution, structurée, possède une infirmerie pour les béguines pauvres et malades (HENNES, 1978–1979, I, p. 4), mais qui paraît réservée aux seules habitantes du béguinage.

À l'angle formé par les rues Terarken et des Douze-Apôtres, dans le quartier de Sainte-

Gudule, une autre institution, tantôt qualifiée de *domus Dei* tantôt d'infirmerie, est destinée à héberger les béguines du voisinage lorsqu'elles sont malades ou infirmes (BONENFANT, 1965b, p. 99–110 ; TASIAUX, 1980, p. 3–31), nombreuses en effet dans les maisons alentour sans qu'il y ait eu là un béguinage organisé (BONENFANT, 1965b, p. 108).

On trouve mention enfin d'une communauté de bogards. Citée pour la première fois le 25 avril 1277 (LEFEVRE, 1942, p. 113), elle est établie en 1281 et 1298 près du pont du Monnayeur (BONENFANT, 1953, n° 191, p. 243, et n° 252, p. 306), sans doute dans ou aux environs de la *Corte ridderstrate*, où nous la trouvons encore en 1300¹⁷ (MARTENS, [s.d.], p. 39). Au début du XIII^e siècle, elle s'établit dans la paroisse de Notre-Dame de la Chapelle, dans la *Raemstrate*¹⁸ (MARTENS, 1958, p. 70–71). L'ordonnance du Magistrat datée du 17 juillet 1449 qui organise le contrôle comptable des institutions de secours sous la mambournie de la ville de Bruxelles indique clairement que celle que l'on appelle à ce moment *tconvent van den Begarden* ou *domus Dei Bogardorum* doit être considérée comme telle (DICKSTEIN, 2001, p. 195). En 1623, le Magistrat urbain précise d'ailleurs qu'originellement cet hospice (*goidshuys*) était issu de la gilde de la draperie, à l'époque où cette dernière était florissante, et qu'il avait été fondé pour y entretenir des tisserands de laine et autres qui, vu leur âge et leur impotence, ne pouvaient subvenir à leurs besoins (ACPASB. H. 1006 : 2 décembre 1623). La dépendance des bogards par rapport à la gilde ressort indiscutablement de deux actes datés des 31 octobre 1359 et 23 septembre 1366¹⁹ (FAVRESSE, 1947, nos 3 et 9, p. 7–10 et 18–20). Ils indiquent que jusqu'à la première de ces deux

¹³ « Ordinamus etiam quod si aliquis in lecto egritudinis habitum earum assumat et in illa infirmitate decedat, quod missam habeat in sua parrochiali ecclesia vel pro iure suo presbitero satisfiat »

¹⁴ Ni GODDING, 1958, p. 246–252, ni *Monasticon*, IV, 1971, 5, p. 1247 et suiv., ni CREFCOEUR, 1987, ne font allusion à l'existence de cette infirmerie.

¹⁵ Voir par exemple un acte de juillet 1284 (ACPASB, B. 203, n° 101, f° 12 v°) et les testaments du chanoine Nicolas de Tournai et d'Amaury Pipenpoy, datés respectivement des 23 septembre 1254 et 23 février 1258 n.s. (LEFEVRE, 1928, VI, p. 417–419, et VII, p. 419).

¹⁶ Par acte du 10 mai 1456, Philippe le Bon décrète le remplacement de la communauté qui l'occupe par des religieuses de l'obédience de Windesheim (*Monasticon*, 1971, IV, 5, p. 1255). Il n'est pas certain que l'infirmerie qui y subsiste ait conservé son caractère d'institution de bienfaisance ensuite : ses comptes ne sont plus visés par le vérificateur de la ville au XVI^e siècle (ACPASB. B. 875, daté de 1551).

¹⁷ Le 30 août 1337 Francon Rolibuc constitue une rente de 56 s. « paym. » en faveur de Gilbert Taye et l'assigne sur un fonds avec une maison dite « domus de Bogaerden », dont la localisation n'est pas précisée (ACPASB. B. 150/b). On notera que les Coudenberg-Rolibuc et les Rolibuc avaient des propriétés allodiales dans la *Corte ridderstrate* (GODDING, 1959, p. 215).

¹⁸ Le couvent est cité dans sa nouvelle localisation dans le censier ducal de 1321.

¹⁹ DES MAREZ (1904, p. 279–287) ne fait aucune allusion au caractère caritatif de l'association.

dates à laquelle ils adoptent la règle du Tiers-Ordre, les bogards avaient formé une compagnie (*geselscap*) de frères libres de tout vœu, et donc de la quitter le cas échéant. Quant à confirmer que l'institution a bien eu dès son origine un caractère caritatif, comme le prétend le Magistrat en 1623, c'est actuellement impossible, faute de sources. S'il en est bien ainsi cependant, l'institution des bogards constituerait un exemple d'hospice « corporatif », précoce certes mais non pas unique à Bruxelles au XIII^e siècle, puisque des sources y mentionnent aussi l'existence d'un hôpital des foulons. Situé *ultra ambos pontes* à Overmolen, il a disparu avant 1297²⁰. Peut-être était-il entretenu grâce aux contributions des foulons eux-mêmes²¹ (FAVRESSE, 1938, n° 33, p. 454-461).

On constate donc qu'à la fin du XIII^e siècle, si l'hôpital Saint-Jean semble en plein essor, des institutions anciennes sont détournées de leur affectation primitive, tel l'hôpital Saint-Nicolas, ou périssent, tel l'hôpital des foulons. Un acte ducal de janvier 1296 n.s. fait allusion d'ailleurs à la présence à Bruxelles d'ordres mendiants et d'hôpitaux qui connaissent la gêne (FAVRESSE, 1938, n° 44, p. 487). D'autre part, parmi les institutions nouvelles qui apparaissent, plusieurs semblent réservées à une catégorie restreinte et bien particulière de la population, les béguines et les bogards.

XIV^e siècle : hôpitaux pour pèlerins

À l'aube du XIV^e siècle, il est clair que deux au moins sinon trois des hôpitaux qui avaient pour finalité l'accueil des pèlerins et des pauvres de passage à Bruxelles — Saint-Nicolas, Sainte-Gudule et peut-être Saint-Jacques — avaient été

détournés de leur affectation primitive, et qu'il n'y avait plus sans doute dans la ville d'institution pouvant assumer ces fonctions. Or à cette époque, loin de disparaître, la pratique des pèlerinages se développe. Pour cette raison sans doute, vont apparaître dans la première moitié du XIV^e siècle quatre hôpitaux de ce type. Trois d'entre eux sont situés d'ailleurs sur d'importantes voies de pénétration dans la ville. Ils ont pour caractéristique commune d'être tenus non par une communauté, comme les hôpitaux plus anciens, mais bien, et cela dès la fin du XIV^e siècle probablement, par un concierge²² aidé d'un valet²³. Ils comprennent en général deux dortoirs, un pour les hommes, un pour les femmes, et offrent à leurs hôtes, outre le gîte, feu, lumière, potage et pain²⁴.

Saint-Jacques d'Overmolen est sans doute le plus ancien des quatre. Établi à l'intérieur de l'ancienne enceinte, il existe en décembre 1324²⁵. À son origine, nous trouvons une confrérie. Jean Imbert a montré que le fait de s'affilier à une telle association, en l'occurrence sous le patronage de Saint-Jacques de Compostelle, dispensait dans certains cas d'effectuer le pèlerinage, par le versement de sa contrevalet (IMBERT, 1947, p. 120). L'hôpital était administré par quatre proviseurs choisis au sein de la confrérie²⁶. On ignore son nombre de lits. L'hôpital Saint-Corneille, sur la chaussée de Flandre entre l'enceinte du XIII^e siècle et les petits fossés (datant d'avant 1330) (DICKSTEIN,

²⁰ « ...domum quae fuit quondam hospitale fullonum... » (AGR, AE, Sainte-Gudule n° 43 : acte du 3 mai 1297). — « ...apud Overmolen, ultra ambos pontes, prope Volresgas-thuys... » (AGR, AE, Sainte-Gudule n° 54 : acte du 31 janvier 1344 n.s.). BONENFANT (1965a, p. 32) cite un exemple unique pour le XIII^e siècle d'hôpital corporatif, celui des foulons et tondeurs à Saint-Trond en 1237.

²¹ L'acte de juin 1282 réglant leur salaire prévoit en son § 20 des collectes d'argent au sein du « métier » (« ambacht »), soumises à l'autorisation de la gilde et en présence de son valet.

²² Contrat d'engagement d'un ménage de concierges pour Saint-Corneille, avec détail de ses attributions (ACPASB, H. 1404). Dans le dénombrement de feux de 1526, sont cités ceux de Saint-Laurent, de Saint-Jacques et de Saint-Julien (CUVELIER, 1912, p. 249, 281 & 225).

²³ Contrat d'engagement de celui de Saint-Corneille daté du 15 octobre 1540. Le texte du serment qu'il prêtait est copié dans ACPASB, H. 1405, f° 86 v°.

²⁴ Acte de fondation de l'hospice Saint-Julien, cité *infra*, n. 28. À Saint-Corneille, les concierges nommés en 1381 ont la charge de préparer le potage.

²⁵ ACPASB, Saint-Jacques, n° 11, f° 108. À Paris, l'hôpital Saint-Jacques est fondé le 20 février 1320 (GEREMEK, 1976, p. 192 & 224, n. 21). La fondation de la confrérie datait de quelques années auparavant (IMBERT, 1982, p. 537).

²⁶ Acte du 4 septembre 1328 émanant de Jean III de Brabant (ACPASB, Saint-Jacques, n° 2).

1997, p. 91–128), est cité le 31 octobre 1350 (ACPASB. H. 1405, f° 44 v°). Son origine est inconnue. Il dépend de la paroisse Saint-Jean de Molenbeek (DICKSTEIN, 2001, p. 206). En 1540, il comporte dix lits dans la salle commune (*beyaert*) sans doute pour les hommes, puisque dans la *vrouwenhuys* il y a deux chambres avec six alcôves et trois lits²⁷.

L'hôpital Saint-Julien fondé en 1356 par les frères Spiegheleren est situé rue Haute et comporte à l'origine quatre lits, dans la maison des fondateurs. Il est placé par proviseurs interposés sous l'autorité de la paroisse Notre-Dame de la Chapelle²⁸.

Quant à Saint-Laurent, dans les sources peu nombreuses qui le citent, il est généralement associé à la chapelle du même nom²⁹, laquelle est en voie d'édification en 1315 et citée en 1316³⁰. Mais il n'est cité, lui, qu'après 1356³¹. Une création à ce moment permettrait de comprendre sa localisation hors de l'ancienne enceinte, mais dans le périmètre délimité par la seconde, alors en voie d'édification (DICKSTEIN, 1997, p. 110). Il dépend d'une gilde, au sein de laquelle sont désignés ses administrateurs (HENNE & WAUTERS, 1969, I, p. 154 et 156, IV, p. 190).

²⁷ ACPASB. H. 1404, inventaire daté du 20 décembre 1540 dressé lors de l'engagement d'un nouveau valet.

²⁸ Acte de fondation du 27 août 1356 : chartrier de Notre-Dame de la Chapelle aux AGR, AE, 27040, n° 25.

²⁹ « Peter van Gavere, Aert Severiin, Jan de Lose, temmerman, Ghijsbrecht de Meyer, becker, kercmeesters van der Cappellen ende gasthuse van Sinte Lauwereyns » (ACPASB. H. 1404, 6° : 13 octobre 1420). — « Rekeninghe ende bewijs Joos Willems van den ontfanghe ende uuytgeven bij hem gehadt ende gedaen als proviseur van Sinte Laureys gasthuys ende kerke... » (ACPASB. H. 1541 : 1592-1593).

³⁰ Actes du 7 février 1315 n.s. (AGR, AE, Sainte-Gudule n° 46) et du 28 avril 1316 (AGR, AE, 12546 n° 28). Le 15 mai 1316, un cimetière adjacent est cité (AGR, AE, Sainte-Gudule n° 48, publié dans les *Analectes*, V, 1868, p. 286).

³¹ Les quatre hôpitaux sont cités ensemble dans la donation d'Hedwige Suetrex (ACPASB. B. 211 (1356), f° 76 v°). — Saint-Laurent et ses deux proviseurs sont cités le 12 octobre 1364 (ACPASB, B. 1286, f° 32).

Ces quatre institutions sont les derniers *gasthuyzen* que nous voyons apparaître à Bruxelles. Désormais, les institutions nouvelles porteront la dénomination de *godshuyzen* et seront d'un type différent, affectées à l'hébergement des vieillards.

XIV^e–XV^e siècles

Le mouvement semble débuter par la transformation d'institutions existantes. Terarken, autrefois infirmerie pour béguines, devient hospice après 1311 (BONENFANT, 1965b, p. 109–110), et dans le courant du siècle, l'hôpital Saint-Nicolas apparaît comme s'étant mué en hospice lui aussi³². L'infirmerie des Dames-Blanches pourrait bien avoir suivi la même évolution avant 1456.

Dès lors vont se multiplier les hospices où, par opposition aux *gasthuyzen*, l'hébergement est en principe de longue durée, voire à vie, où il n'y a pas de communauté soignante, mais seulement une maîtresse et une robuste servante, où les pensionnaires participent à l'accomplissement des tâches communes et à la charge de leur entretien parfois. Que dans l'esprit des contemporains il existe une différence bien nette entre les deux types d'institution ressort clairement d'une ordonnance prise en 1449 par les autorités urbaines concernant la vérification des comptes de certaines des institutions de secours, où sont qualifiés de *gasthuyzen* les hôpitaux Saint-Jacques d'Overmolen, Saint-Jean et Sainte-Gudule, et de *godshuyzen* les Dames-Blanches, Terarken, les Bogards, Saint-Nicolas ainsi que la léproserie Saint-Pierre³³. Cette différence apparaît de façon plus évidente encore dans la dénomination que l'on voit utiliser officiellement en 1432 et 1455 pour qualifier ce qui fut autrefois un des premiers *hospitalicium* de

³² « ...godshuys van den Zacbruederen » : les frères sont alors hébergés dans l'ancien couvent des frères Saccites : 1403 (AGR, Manuscrits divers, 5/B, f° 65 v°).

³³ Ordonnance du 7 juillet 1449 (AVB., XVI, f° 240 v° et suiv. ; DICKSTEIN, 2001, p. 195).

Bruxelles : *godshuys van sinter Claes gast-huyse*³⁴.

Les hospices apparaissent en grand nombre dans la seconde moitié du XIV^e siècle, au XV^e siècle encore, destinés tant aux femmes qu'aux hommes. Ils sont souvent fondés par des particuliers, tels les hospice Baecx (1352), de la Sainte-Trinité (vers 1357), des Petits-Chanoines (1361), de Saint-Christophe (1385), du Calvaire (1429), des Douze-Apôtres (1434). Mais parmi les fondateurs nous trouvons aussi un évêque de Cambrai (Sainte-Élisabeth de Hongrie, en 1388), des métiers (merciers, boulangers)³⁵.

L'explication de cette vague de création d'hospices pour les vieillards s'expliquerait, d'après P. Bonenfant, par « un enrichissement de la bourgeoisie : souvent ces maisons sont instaurées par un membre du patriciat dans sa maison même », mais aussi « par un nouveau mouvement mystique » (BONENFANT, 1965a, p. 37). Soit, mais les raisons qui ont déterminé les fondateurs à choisir à cette époque ce type particulier d'institution restent encore à mettre en lumière.

Le XIV^e siècle voit la tendance à la « médicalisation » s'accroître à l'hôpital Saint-Jean. La présence d'un chirurgien y est attestée en 1359, celle d'un chirurgien et d'un médecin certaine vers 1450 (DICKSTEIN, 1996, p. 227). Rien de tel à l'hôpital Sainte-Gudule, devenu le refuge permanent d'une douzaine de femmes âgées. À Saint-Jean pourtant, le nombre des hospitalisés au XV^e siècle, semble régulièrement inférieur à cent³⁶, et cela même en temps

³⁴ AGR, AE, n° 11631 (1432, intitulé) et n° 11933 (compte pour 1454-1455, intitulé).

³⁵ Pour les trois premiers, ainsi que le quatrième, le cinquième et le sixième, voir KEUSTERMANS, 1982, II, dossier documentaire, qui publie leurs actes de fondation. Pour Saint-Christophe, voir ACPASB. H. 819. Pour Saint-Sauveur, un acte du 25 mai 1424 est publié par HUYS, [s.d.], p. 237. Pour Saint-Aubert enfin, voir ACPASB. H. 1208, I, original du 17 février 1455 n.s.

³⁶ Aucune source émanant de l'hôpital lui-même, dont les archives ont été dévastées par le bombardement de 1695, ne fournit le chiffre des hospitalisés. Mais les comptes de la fondation Saint-Eloy, pour autant qu'ils subsistent, indiquent le nombre des malades bénéficiant en août d'une distribution annuelle

d'épidémie³⁷. Seul hôpital à Bruxelles, jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, à recevoir les cas « aigus », il ne comportera jamais que deux salles, totalisant 77 lits en 1776 (DICKSTEIN, 1977, p. 58). Lors de l'épidémie de peste de 1578, il atteint la limite extrême de ses possibilités avec 200 hospitalisés³⁸ (MAY, 1974, p. 87).

La capacité totale d'hébergement des institutions d'assistance bruxelloises au Moyen Âge nous apparaît donc globalement comme peu considérable³⁹, tant pour des raisons structurelles que sans doute financières. L'étude de leur patrimoine, de son évolution, de sa gestion reste encore à faire. Ce qui est certain, c'est que cette gestion laisse le plus souvent grandement à désirer, et que tant les communautés que les administrateurs ont tendance à utiliser à leur profit les ressources de l'institution⁴⁰.

Les institutions sélectionnent donc sévèrement ceux qu'elles admettent, sur la base de critères souvent établis par les fondateurs eux-mêmes, critères d'appartenance par exemple pour les hospices corporatifs, mais aussi pour plusieurs

qu'assure la fondation. On dispose ainsi de chiffres pour 21 années comprises entre 1448-1449 et 1492-1493 : la moyenne est de 32 hospitalisés, avec un pic de 84 en 1482-1483 (ACPASB, B. 1322 à 1325).

³⁷ 26 présents en 1488-1489 et 36 en 1489-1490 (ACPASB. B. 1325), comptes de ces deux années aux f°s 47 v° et 55.

³⁸ Ce chiffre est confirmé par le compte de la fondation Saint-Eloy pour 1578-1579 (ACPASB. B. 1333, f° 48).

³⁹ La population globale des hospices n'excède pas 179 personnes en 1490 et 212 en 1526 (CUVELIER, 1912, p. 219-285), chiffres obtenus en additionnant le nombre des pensionnaires dénombrés dans les diverses institutions. Le dénombrement de 1496 omet Saint-Christophe, pour lequel j'ai néanmoins ajouté 12 unités au total par comparaison avec le chiffre des pensionnaires recensés en 1526. Impossible par ailleurs d'établir le rapport entre le nombre des personnes assistées de la sorte et le chiffre de la population bruxelloise, puisque celui-ci n'est pas connu, mais seulement estimé (BAERTEN, 1981, p. 9-14).

⁴⁰ En 1496 à l'hôpital Saint-Jean, on trouve 10 nonnes, y compris la supérieure, 10 servantes, un curé, 4 valets (CUVELIER, 1912, p. 278). À ce chiffre, il faut ajouter le receveur et les clercs. Le nombre moyen des malades est cependant inconnu pour cette année-là, cf. *supra*, n. 36. À la léproserie, cette même année, on compte 8 religieuses, 3 servantes et 4 enfants, un confesseur, et un receveur pour ... un lépreux. (CUVELIER, 1912, p. 227-228). À l'hôpital Sainte-Gudule en 1496, il y a 5 nonnes et une servante pour 12 pensionnaires (CUVELIER, 1912, p. 264-265). Voir DICKSTEIN, 1999-2003.

hospices réservés aux lignagers : membres pauvres ou infirmes des sept lignages à Saint-Nicolas⁴¹, membres du lignage Clutinc à Terarken⁴², du tSerroelofs à la Sainte-Trinité⁴³. Critères d'âge aussi : octogénaires à Saint-Christophe, s'il s'en trouve⁴⁴, et de même au Calvaire, sexagénaires le plus souvent (KEUSTERMANS, 1982, I, p. 152), candidats âgés de 45 ans au moins à Saint-Nicolas⁴⁵. Des conditions de santé physique et mentale sont requises. Les postulants doivent être de bonne vie et mœurs, catholiques pratiquants dans un cas, ou du moins chrétiens. Enfin, l'exclusion est prévue par la plupart des règlements en cas de mauvaise conduite ou dans certains cas d'altération de la santé⁴⁶. À la léproserie, on peut constater le renforcement progressif au cours des siècles des critères permettant de limiter les admissions et d'exclure les pensionnaires « guéris »⁴⁷.

Les conditions de vie semblent très variables d'une institution à l'autre. Dans certaines, les pensionnaires vivent d'aumônes, voire mendient (DICKSTEIN, 1979b, p. 72). À l'hospice Baecx, un droit d'entrée est exigé (KEUSTERMANS, 1982, II, p. 68 § 4). Certains hospices se préoccupent

⁴¹ Acte du duc Jean II, du 12 juin 1306 (DE RIDDER, 1974, p. 311).

⁴² Règlement du 15 avril 1385-1386, § 4 (ACPASB. H. 1063bis), et règlement postérieur à 1421 (ACPASB. H. 1066, f° 4 v°). Les deux sont publiés dans KEUSTERMANS, 1982, II, p. 118 et suiv.

⁴³ Bien que cela ne soit pas précisé par les règlements conservés, c'est probable puisque, la fondatrice appartenant à ce lignage, la gestion de l'hospice avait été confiée à l'échevin qui en était issu : cf. règlement du 24 juin 1357 (KEUSTERMANS, 1982, II, p. 84 et suiv.).

⁴⁴ Acte de fondation de l'hospice Saint-Christophe, 1385 (ACPASB. H. 819).

⁴⁵ Règlement du 15 mai 1397 (AGR, Manuscrits divers, 5/B, f° 57).

⁴⁶ Saint-Christophe 1385, cf. note n° 44. (KEUSTERMANS, 1982, II, p. 152).

⁴⁷ Il suffit de comparer les règlements d'admission successifs : un règlement de décembre 1265 (publié dans DICKSTEIN, 1979a, n° IX), celui intitulé « de oude ordinantie » (sans doute du XIV^e siècle), règlements du 13 février 1408 n.s. (ACPASB, Saint-Pierre 3 f°s 2 et 1) et du 9 mars 1447 n.s. (ACPASB. Saint-Pierre 9c). Voir DICKSTEIN, 1979b, p. 69.

parfois d'améliorer le sort de leurs pensionnaires⁴⁸, mais on connaît au moins un cas cependant, celui de l'hôpital Saint-Nicolas, où les autorités communales doivent intervenir pour protéger les frères des abus commis par le personnel (DICKSTEIN, 1999–2003).

Outre leur petite capacité et les conditions de vie parfois dures qu'elles offrent, les institutions existantes semblent ne rencontrer que de façon imparfaite les besoins de la population. Il est clair, si l'on s'en réfère aux actes de fondation conservés, que ces créations ont été faites pour des motifs propres aux fondateurs et selon des modalités définies par eux, en fonction de leurs propres convenances (KEUSTERMANS, 1982, I, p. 61). Même si, dans une certaine mesure, des habitants groupés en confréries ont tenté de pallier certains manques (création de l'hôpital Saint-Jean et, au XIV^e siècle, des hôpitaux pour les pèlerins), il y a des lacunes criantes dans « l'équipement hospitalier » de Bruxelles. Par ailleurs des institutions, même utiles, ont parfois été détournées de leur destination primitive : ainsi dès le XV^e siècle, les hôpitaux pour pèlerins tendent à être colonisés par les ribauds. Le Magistrat urbain doit sévir⁴⁹. Au siècle suivant, il faudra que ce soit la Suprême Charité qui délivre l'autorisation d'y passer une nuit, ceci pour éviter les abus⁵⁰.

On voit alors les pouvoirs publics intervenir en créant quelques institutions spécialisées ou structures d'accueil pour rencontrer les besoins les plus criants.

L'abandon d'enfant est, à l'époque, un crime sévèrement réprimé par les pouvoirs publics (VANHEMELRYCK, 1981, p. 166). Néanmoins il n'est

⁴⁸ 5 septembre 1349, achat par les proviseurs de Terarken, avec l'argent provenant d'aumônes, de divers biens dont les revenus serviront à financer des distributions annuelles aux pensionnaires (ACPASB. B.172).

⁴⁹ FAVRESSE, 1947, n° 23, p. 76 : 20 janvier 1422 n.s., § 2. Il ne peut s'agir ici que des hôpitaux pour pèlerins puisqu'à cette époque Saint-Jean et Sainte-Gudule sont régis par des femmes, et que le texte rend clairement responsable du respect de la règle édictée le « *gasthuysmeester* ».

⁵⁰ Ordonnance du 27 mars 1534 (AVB, Geel correctieboek, f° 217).

pas exceptionnel. Aucun philanthrope ne s'est pourtant soucié, à Bruxelles, du sort réservé à ces enfants⁵¹. C'est la ville qui s'en chargera. L'existence d'une institution chargée de les recueillir est attestée dès la seconde moitié du XIV^e siècle. Sa localisation au chemin de Louvain, entre les deux enceintes, paraît ne pas avoir varié jusqu'à la suppression de l'hospice, en 1598⁵². On ignore tout des circonstances de la création de ce dernier, dont le caractère communal, au XV^e siècle, ne peut être mis en doute. La *vundelingheresse* qui prend soin des enfants est choisie par les receveurs communaux et par le pléban de Sainte-Gudule⁵³. Elle prête serment entre les mains des premiers (AVB, IX, f^o XXXIII [47] v^o). L'essentiel des ressources de l'hospice provient pourtant de la charité publique : des quêtes au profit des enfants sont faites dans les églises par les valets jurés de la ville⁵⁴, et la coutume est aussi de donner pour eux une aumône lors des enterrements⁵⁵. La caisse communale supporte quelques-uns des frais générés par leur entretien et rémunère la gardienne⁵⁶. Le cleric des receveurs de la ville est, au milieu du XV^e siècle, l'administrateur des maigres ressources de l'établissement (AVB, XXIII, f^o 153 v^o : 11 septembre 1450).

Ce sont les autorités communales encore, qui prennent en charge à Bruxelles les aliénés laissés sans secours. Les hospices privés, nous

l'avons vu, les excluent dans la plupart des cas⁵⁷. La ville les colloque alors, dans les portes de l'enceinte notamment, et porte en compte leurs frais d'entretien aux tables des pauvres. C'est à la fin du XVI^e siècle seulement qu'elle se préoccupera de les réunir dans une institution spéciale (BONENFANT, 1965c, p. 183-194).

Sur le territoire d'Obbuesse, près de Bruxelles, existe en 1174 une communauté de lépreux. Qualifiée de « maison des lépreux de la ville » en 1265, la léproserie, englobée dans la ville par l'enceinte du XIV^e siècle, sélectionne les candidats à l'admission avec une telle rigueur que les exclus sont nombreux. Ils forment deux petites communautés rurales à Scheut et à Schaerbeek, que la ville a prises partiellement en charge. Elle y entretient les maisonnettes et le puits (AGR, CC, n^o 30943 [1497-1498], f^{os} 30 2^o v^o & 48 v^o). Les fondations charitables en faveur de ces *veltsiecken* sont administrées par le plus âgé des valets de la ville⁵⁸. Pour le reste, il s'agit là encore d'une hospitalité réduite au strict minimum puisque ces lépreux forains sont autorisés à venir mendier en ville leur subsistance pendant la journée...

Tout aussi minimale sera l'hospitalité accordée par la ville aux familles qu'elle envoie en quarantaine lors des épidémies de peste dans les trois lazarets, les *pesthuyzen* qu'elle a fait construire avant 1526 sur les remparts. C'est la table des pauvres dont ces familles dépendent qui doit pourvoir à leur entretien⁵⁹. Certains

⁵¹ Pour Anvers, voir GEUDENS, [s.d.], p. 30-31. Pour Louvain, voir BOURGUIGNON, 1933, p. C et suiv. Instaurée en 1439 en suite des dispositions testamentaires d'un marchand de fer, l'institution dut être prise en charge par l'administration communale en 1452.

⁵² AGR, AE, Saint-Gudule, censier n^o 1186, f^o 1 v^o, 2^e moitié du XIV^e siècle. Suppression de la maison, cf. compte des Enfants trouvés et abandonnés (ACPASB, n^o 601, f^{os} 4 v^o et 8 r^o).

⁵³ AVB, IX, f^o XCIII (109) v^o : liste établie entre 1435 et 1460. Cf. DICKSTEIN, 1977, p. 277.

⁵⁴ Ordonnance du 27 février 1464 n.s. (AVB, IX, f^o 200 [212] v^o)

⁵⁵ ACPASB, H. 1131/2, f^o 8 (1444-1445), H. 1300, f^o 19 v^o (1423-1424)

⁵⁶ Comptes communaux : par exemple, paiement par la ville d'une vache laitière et de quelques cercueils (AGR, CC, n^o 30942 (1485-1486), p. 63 et 82, n^o 30943 (1497-1498), f^o 47 r^o)

⁵⁷ En 1468 cependant, les merciers ont construit dans l'enceinte de leur chapelle et hospice Saint-Sauveur un cabanon pour y enfermer un homme du métier ayant perdu la raison. Ses frais d'entretien s'élèvent alors à plus de 30 florins du Rhin par an (HUYS, [s.d.], p. 242).

⁵⁸ Acte du 27 février 1421 n.s. (ACPASB, H. 1211, f^{os} 27 r^o & 28). Ils dépendront ultérieurement de la Suprême Charité (ACPASB, Suprême Charité, 17). Ils bénéficiaient de quelques fondations particulières : outre celle de 1421 citée ci-dessus, voir les actes des 21 janvier 1427 n.s. (ACPASB, H. 944), 19 septembre 1427 et 22 janvier 1462 n.s. (ACPASB, B. 2033), ainsi que le règlement du 3 septembre 1461 (ACPASB, B. 177 n^o 18, § 44 et 45).

⁵⁹ Ces lazarets sont mentionnés dans le dénombrement de 1526 (CUVELIER, 1912, p. 284). Quarantaine : cf. une mention du 18 avril 1532 dans les comptes de la table des pauvres de Sainte-Catherine (ACPASB, B. 824). Les familles infectées et leurs voisins doivent se transporter sur les remparts, dans les tours et maisonnettes à ce affectées.

malades sont par ailleurs, au XVI^e siècle, hospitalisés à l'hôpital Saint-Jean⁶⁰. On notera qu'à la même époque une ville comme Namur a fait construire un hôpital spécial pour les pestiférés (JACQUET-LADRIER, 1980, p. 61-70).

Conclusion

On voit bien que le rôle des pouvoirs publics bruxellois apparaît en ces matières surtout comme un rôle d'organisation qui a pour but de garantir le maintien de l'ordre et de la salubrité publique. L'essentiel des secours apportés provient de la charité et de l'initiative privée. C'est ainsi que faute d'institution adéquate, certaines catégories de malheureux n'ont pour seul recours que la mendicité. Les aveugles pauvres, par exemple, seront jusqu'au XIX^e siècle, contraints de mendier dans les rues de la ville⁶¹. La Suprême Charité, organisée en 1539, apparaît bien comme un « conseil supérieur de l'assistance publique » exerçant la tutelle des pauvres et le contrôle des institutions existantes, mais sa mission, telle qu'elle est définie alors, n'inclut ni la création de nouvelles institutions hospitalières, ni l'amélioration des institutions existantes sinon au plan de la gestion. Elle vise surtout à développer les secours à domicile grâce, une fois de plus, aux fonds provenant de la charité des habitants⁶².

Sigles et abréviations utilisés

ACPASB : Archives du Centre public d'action sociale de Bruxelles

AE : Archives ecclésiastiques

AGR : Archives générales du Royaume

ASBHH : Annales de la société belge d'histoire des hôpitaux

ASRAB : Annales de la société royale d'archéologie de Bruxelles

AVB : Archives de la ville de Bruxelles

BCRH : Bulletin de la commission royale d'histoire

CB : Cahiers bruxellois

CRH : Commission royale d'histoire

RBPH : Revue belge de philologie et d'histoire

Bibliographie

Analectes. *Analectes pour servir à l'histoire ecclésiastique de la Belgique*, V, 1868, et XIII, 1901.

Annales Mons, 1865. *Annales du cercle archéologique de Mons*, VI.

BAERTEN J., 1981. De omvang van de Brabantse hoofdsteden in de 14de en de 15de eeuw. Een kritische bijdrage tot de historische demografie, *In : Bijdragen tot de geschiedenis*.

BONENFANT P., 1938. *Inventaire des archives de l'assistance publique de Bruxelles*, IV, fonds de la Suprême Charité, Bruxelles.

BONENFANT P., 1953. *Cartulaire de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles (actes des XII^e et XIII^e siècles)*, Bruxelles (CRH, in-4°).

BONENFANT P., 1965a. Les hôpitaux en Belgique au Moyen Âge, *In : ASBHH*, III.

BONENFANT P., 1965b. Une fondation patricienne pour béguines à Bruxelles au XIII^e siècle, *In : ASBHH*, III.

BONENFANT P., 1965c. L'ancienne « maison des insensés » (« Simpelhuys ») de Bruxelles, *In : ASBHH*, III.

BONENFANT P., 1973. Les premiers « hospitia » de Bruxelles au XII^e siècle, *In : ASBHH*, XI.

BONENFANT-FEYTMANS A.-M., 1980. Les organisations hospitalières vues par Jacques de Vitry (1225), *In : ASBHH*, XVIII.

BOURGUIGNON M., 1933. Inventaire des archives de l'assistance publique de la ville de Louvain, *In : AGR, Travaux du cours pratique d'archivologie économique donné pendant l'année 1927*, Tongres.

⁶⁰ Voir plus haut, n. 38.

⁶¹ Septembre 1295, fondation en faveur des « ceci hostiatim mendicantes » (ACPASB, B. 149, n° 23). — De nombreux aveugles figurent dans la liste des mendiants autorisés à mendier à Bruxelles établie à la fin du XVIII^e siècle (ACPASB, Suprême Charité, n° 10). Il existe cependant à Bruxelles à ce moment une fondation pour les pauvres aveugles (BONENFANT, 1938, p. 22-23).

⁶² § 32 de l'ordonnance du 3 janvier 1539 n.s. (ACPASB, Suprême Charité, n° 6a).

- CREFCOEUR Ph., 1987. *Le couvent des Dames-Blanches de Jéricho aux 13^e et 14^e siècles*, mémoire de licence inédit, ULB.
- CUVELIER J., 1912. *Les dénombrements de foyers en Brabant (XIV^e – XVI^e siècle)*, Bruxelles (CRH. in-4^o).
- DE RIDDER P., 1974. De oorkonden verleend door Hertog Jan II van Lotharingen van Brabant en van Limburg (1294–1312) aan de stad Brussel (1303–1312), *In: Eigen schoon*, 57.
- DES MAREZ G., 1904. *Les Bogards dans l'industrie drapière à Bruxelles*, Bruxelles (Mélanges Paul Fredericq).
- DESPY G., 1997. *Un dossier mystérieux : les origines de Bruxelles* (Bulletin de la classe des Lettres et Sciences morales et politiques, Académie royale de Belgique, 6^e série, VIII, 1997).
- DICKSTEIN-BERNARD C., 1977. L'histoire des hôpitaux bruxellois au XIX^e siècle : un domaine encore inexploité, *In: ASBHH*, XV.
- DICKSTEIN-BERNARD C., 1977. La gestion financière d'une capitale à ses débuts : Bruxelles 1334–1467, *In: ASRAB*, 54.
- DICKSTEIN-BERNARD C., 1979a. *In: Bruxelles millénaire*, Joyas Bibliograficas, Madrid, IX.
- DICKSTEIN-BERNARD C., 1979b. Aspects sociaux, *In: Bruxelles. Croissance d'une capitale*, Fonds Mercator.
- DICKSTEIN-BERNARD C., 1996. Le médecin et le chirurgien aux gages de la ville de Bruxelles au XV^e siècle, *In: Les Pays-Bas bourguignons. Histoire et institutions. Mélanges André Uyttebrouck*, Bruxelles (Archives et bibliothèques de Belgique, n^o spécial 53).
- DICKSTEIN-BERNARD C., 1997. La construction de l'enceinte bruxelloise de 1357. Essai de chronologie des travaux, *In: Cahiers bruxellois*, 35, Bruxelles.
- DICKSTEIN-BERNARD C., 1999–2003. La mise sous tutelle des institutions de secours bruxelloises par le Magistrat urbain au XV^e siècle, *In: Cahiers bruxellois*, 37.
- DICKSTEIN-BERNARD C., 2001. La réforme de la comptabilité des institutions de secours bruxelloises par Jean van Aa, visiteur des comptes de la ville (1447–1452), *In: DAELEMANS Fr. & VANRIE A. (éd.). Bruxelles et la vie urbaine. Archives, Art, Histoire. Recueil dédié à Arlette Smolar-Meynart*, Bruxelles (Archives et bibliothèques de Belgique, n^o spécial, 64).
- FAVRESSE F., 1938. Actes intéressant la ville de Bruxelles 1154–2 décembre 1302, *In: BCRH*, CIII.
- FAVRESSE F., 1947. Actes inédits du Magistrat et de la Gilde de Bruxelles relatifs à la draperie urbaine, depuis 1343 environ jusqu'à l'apparition de la « nouvelle draperie » vers 1440, *In: BCRH*, CXII.
- GEREMEK B., 1976. *Les marginaux parisiens aux XIV^e et XV^e siècles*, Paris (Collection « L'histoire vivante »).
- GEUDENS E., *Van Schoonbeke en het Maagdenhuis van Antwerpen*.
- GODDING Ph., 1958. Les origines du couvent des Dames-Blanches à Bruxelles, *In: Cahiers bruxellois*, III.
- GODDING Ph., 1959. Seigneurs fonciers bruxellois (ca 1250–1450), *In: Cahiers bruxellois*, IV.
- HENNE A. & WAUTERS A., 1969. *Histoire de la ville de Bruxelles*, Édition Culture et Civilisation.
- HENNES R., 1978–1979. *Le béguinage de Bruxelles des origines au milieu du XIV^e siècle*, mémoire de licence inédit, ULB.
- HUYS E., [s.d.]. *Duizend jaar mutualiteit bij de Vlaamsche gilden*, Kortrijk.
- IMBERT J., 1947. *Les hôpitaux en droit canonique, L'église et l'état au Moyen Âge, VIII, Histoire des hôpitaux français*, Paris, J. Vrin.
- IMBERT J. (dir.), 1982. *Histoire des hôpitaux en France*, Privat, Toulouse.
- JACQUET-LADRIER F., 1980. L'hôpital Saint-Roch et la lutte contre la peste à Namur, aux XVII^e et XVIII^e siècles, *In: ASBHH*, XVIII, Bruxelles.
- KEUSTERMANS C., 1981–1982. *Règlements et statuts des institutions hospitalières à Bruxelles au 15^e siècle (paroisse Sainte-Gudule)*, UCL, mémoire de licence inédit.

- LEFEVRE P., 1928. Testaments bruxellois du XIII^e siècle, *In: Bijdragen tot de geschiedenis*, XIX.
- LEFEVRE P., 1942. *L'organisation ecclésiastique de la ville de Bruxelles au Moyen Âge* (Université de Louvain, recueil de travaux d'histoire et de philologie, 3^e série, 11^e fasc.).
- LEFEVRE P., GODDING Ph. & GODDING-GANSHOF Fr., 1993. *Chartes du chapitre de Sainte-Gudule à Bruxelles, 1047-1300* (Université de Louvain, recueil de travaux d'histoire et de philologie, 6^e série, fasc. 45, Louvain-La-Neuve-Bruxelles).
- MARTENS M., [s.d.] Les chartes relatives à Bruxelles et à l'ammanie (1244-1338) conservées aux Archives de la ville de Bruxelles, *In: Tablettes du Brabant*, VI.
- MARTENS M., 1958. *Le censier ducal pour l'ammanie de Bruxelles de 1321*, Bruxelles (CRH. in-8°)
- MAY J., 1974. La peste de 1578 à Bruxelles, *In: ASBHH*, XII.
- Monasticon, 1971. *Monasticon belge*, IV, 5^e vol.
- PERGAMENI C., 1943. *Les archives historiques de la ville de Bruxelles*, Bruxelles, Editorial-Office.
- Registres Sweerts, 1964. Les registres du lignage Sweerts. Admissions et résolutions, *In: Genealogicum belgicum*, 5.
- SOENEN M., 1996. Note sur les archives de l'hôpital Saint-Nicolas à Bruxelles dans le fonds de la chartreuse de Scheut aux Archives générales du Royaume, *In: Les Pays-Bas bourguignons. Histoire et Institutions. Mélanges A. Uyttebrouck*, Bruxelles (Archives et bibliothèques de Belgique, n° spécial 53, p. 385-402).
- TASIAUX M., 1980. L'hospice Terarken à Bruxelles des origines à 1386, *In: ASRAB*, 57.
- VANHEMELRYCK F., 1981. *De criminaliteit in de ammanie van Brussel van de late middeleeuwen tot het einde van het Ancien Regime (1404-1789)*, Bruxelles (Verhandelingen van de Koninklijke Academie voor Wetenschappen, Letteren en Schone Kunsten van België, kl. der Letteren, 43, n° 97).

Hôpitaux et hospitalité à Gand : l'apport de l'archéologie urbaine

Marie Christine LALEMAN

Depuis trois décennies, une équipe d'archéologues engagés au niveau municipal essaie de mieux saisir le passé et l'évolution du milieu urbain. Pour chaque projet, les données archéologiques, révélées par des fouilles et des analyses du bâti, sont confrontées avec ce que les autres sources, documents écrits et iconographie, nous apportent. Le colloque qu'Archaeologia Mediaevalis a organisé en 2002 (LALEMAN, 2002), nous a permis de rassembler toutes les données relatives au thème des hôpitaux et de l'hospitalité. Les premiers résultats de cette synthèse constituent le corps de cet article et essaient de situer la connaissance acquise à Gand dans un contexte plus vaste. Les données recueillies ont trait à différents types d'hospitalité, définis par des contextes monastiques ou religieux, civils ou privés.

L'infirmerie monastique

En 1972-1976, des fouilles, effectuées dans le secteur oriental de l'ancienne abbaye de Saint-Pierre, ont révélé la présence de l'infirmerie monastique et de la pitance (VANDENHOUTE, 1977-1979). À cette époque, la fouille d'une bâtisse monastique considérée comme secondaire, fut assez exceptionnelle (Fig. 1). L'intérêt archéologique se limitait souvent aux églises abbatiales et aux bâtiments conventuels entourant le cloître. Les fouilles de Saint-Pierre ont mis au jour les vestiges partiels de trois infir-

meries successives. Les vestiges de la première infirmerie à cet endroit datent du XIII^e siècle.



1. Le secteur oriental de l'abbaye de Saint-Pierre avec les ruines de l'infirmerie médiévale et la silhouette de l'infirmerie post-médiévale intégrée dans la façade de l'abbatiale baroque (Photo Département d'Archéologie Urbaine, Gand)

Elle témoigne d'une construction rectangulaire en moellons calcaires du Tournaisis. Elle s'étalait sur deux niveaux, le premier étant constitué de murs et de piliers qui soutenaient vraisemblablement la salle proprement dite dont plus rien ne subsistait en fouille. Le système de construction exceptionnel est dû à la pente du Mont Blandin sur laquelle l'infirmerie a été établie. Le moine Boudewijn Vanderlaerd est connu sous le titre de *fermier* et se trouvait à la tête de cet office monastique de 1346 à 1403. Tout porte à croire qu'un incendie ravagea cette première infirmerie en 1378. La seconde bâtisse, en briques, fut

probablement érigée au début du xv^e siècle. Les vestiges archéologiques correspondent avec un plan (Archives de l'État à Gand), montrant la disposition des constructions monastiques vers le milieu du xv^e siècle. L'infirmerie se composait alors de quatre chambres et d'une chapelle aménagée à l'est de celles-ci. Dans les années 1457-1462, une nouvelle phase de construction se caractérise par l'utilisation de pierre calcaire blanche et de briques. Il s'agissait d'un grand volume rectangulaire comportant au moins trois niveaux, rachatant la dénivellation du terrain. Plusieurs vestiges de cette troisième infirmerie ont été retrouvés en fouille. Signalons entre autres les piliers qui ont soutenu la chapelle, une chapelle gothique bien décorée, endommagée lors des troubles religieux au xvi^e siècle. Quelques minuscules fragments de vitraux témoignent d'un ensemble remarquable composé de verres en grisaille et peints au jaune d'argent. Lors de la Contre-Réforme, la reconstruction de l'église abbatiale, une église baroque conçue par Pierre Huysens (1577-1637), s'est adaptée à l'existence de l'infirmerie (LALEMAN, 1992). Le dessin en négatif de l'infirmerie disparue se remarque encore à la façade méridionale de l'abbatiale. En 1760, l'abbaye décidait de construire une nouvelle infirmerie en faisant appel à Laurent-Benoît Dewez (1731-1812). Celle-ci fut réalisée plus au sud-ouest des bâtiments conventuels et héberge actuellement le musée *De Wereld van Kina*. À la même époque, le secteur oriental se transformait en jardin à terrasses. Cette décision amenait non seulement la démolition des constructions monastiques comme l'infirmerie et la pitance, mais aussi le nivellement et l'exhaussement du terrain accidenté. Les fouilles ont mis au jour deux dépotoirs constitués à l'époque de la démolition (LALEMAN, 1985). Même si la majorité du mobilier retrouvé dans ces deux ensembles contemporains se retrouve dans d'autres ménages, 15 % des récipients en céramique et 26 % des objets en verre témoignent d'une fonction plus spécifique, voire celle d'infirmerie. Outre des urinaux et des alambics ou un plat à barbe et un creuset, il y avait une gamme très variée de fioles, de pots de chambre, de pots à onguent ou albanelles et de brocs (Fig. 2).



2. Albanelles provenant de l'infirmerie monastique de l'abbaye de Saint-Pierre, XVI^e-XVIII^e siècles (Photos Département d'Archéologie Urbaine, Gand)

L'infirmerie religieuse

Ce fut en 1978 que commença l'analyse archéologique de l'ancien couvent des carmes chaussés, situé entre Lange Steenstraat et Trommelstraat, au nord du centre de la ville (JOOS & LALEMAN, 1984). Le couvent des carmes compte parmi les premiers chantiers de restauration qui ont intégré la recherche archéologique. Depuis cette époque, chaque phase de restauration de l'ancien couvent, pour la plus grande partie propriété de la province, se voit précédée et accompagnée des archéologues et de leurs investigations comprenant fouilles, archéologie du bâti, analyses des couches peintes, dendrochronologie et une nouvelle étude des sources écrites. La première phase de restauration avait trait à l'infirmerie et à la brasserie. La construction de l'infirmerie était bien conservée et fut restaurée (Fig. 3). Le corps de volume rectangulaire, construit en pierre calcaire blanche et en briques, se développe sur trois niveaux. Dans les caves et du côté nord, la construction de l'infirmerie s'est adaptée à des constructions plus anciennes datant du Bas Moyen Âge.



3. La façade orientale de l'infirmerie des carmes chaussés (Photo Département d'Archéologie Urbaine, Gand)

L'infirmerie proprement dite, construite entre 1658 et 1661, accuse une architecture baroque sobre, affichant néanmoins une certaine recherche décorative, par exemple dans les cheminées et les plafonds du bel étage et surtout dans la rangée de consoles de bois montrant des gueules expressives et toutes différentes (Fig. 4). Quant à la disposition plus ou moins symétrique des quatre chambres sur deux niveaux, elles se voient reliées au centre par l'escalier et par une petite chapelle, éclairée en façade par deux petites fenêtres.

Parmi le mobilier récupéré, aucun élément ne se réfère à la fonction d'infirmerie. Après la suppression du couvent à la fin du XVIII^e siècle, la construction remarquable survécut, mais servit à de multiples fins. Il est à remarquer que l'infirmerie de la Contre-Réforme montre un changement dans la disposition des fonctions conventuelles. Quoique la localisation exacte de l'infirmerie antérieure n'est pas encore connue avec certitude, elle est à envisager plus au sud-ouest de la bâtisse baroque qui faisait partie de la restructuration après les troubles religieux.

La première présence des carmes à cet endroit remonte à 1287. Il s'agissait d'un terrain déjà bâti et habité, mais se trouvant alors en dehors de la ville médiévale. À partir de cette époque et grâce à une politique d'achats de terrains voisins, les carmes ont réussi à s'établir de façon plus stable. La première église conventuelle a été dédiée en 1329. Les terrains situés plus au sud, de l'autre côté du fossé des Corroyeurs, et sur lequel se trouve l'infirmerie baroque, comptent parmi les dernières acquisitions territoriales (vraisemblablement au XV^e siècle).



4. Les consoles en bois à masques soutenant la toiture de l'infirmerie des carmes, XVII^e siècle (Photo Département d'Archéologie Urbaine, Gand)

L'initiative privée

L'étude archéologique des maisons urbaines en pierre a révélé un autre aspect du thème « hôpital et hospitalité » (LALEMAN, 1991). Par ce projet archéologique, plus de 210 maisons privées ont été localisées au centre de la ville médiévale. Elles datent de la seconde moitié du XII^e et du XIII^e siècle. Généralement de plan rectangulaire et comprenant souvent cinq niveaux, elles étaient entourées d'une cour et d'annexes. Comme première fonction, une combinaison de tâches commerciales et d'habitat semble se profiler assez nettement. Néanmoins, certains de ces propriétaires privilégiés affectaient leurs demeures à d'autres fins, telle l'hospitalité envers des personnes malades ou démunies. Ainsi faisaient Everdeus Wittocx (Cataloniëstraat) avant l'année 1200 et Ermentrude uten Hove (Onderbergen) avant 1204. La structure restait celle de la maison privée et ne laisse pas deviner d'autre destination. Dans ces cas, la connaissance des fonctions successives a été révélée par les sources écrites.

L'hôpital civil

Le projet archéologique de la Bijloke (Fig. 5) a commencé en 1988 et fut déclenché par les discussions autour de la salle des malades, une architecture remarquable, mais encore peu connue à l'époque. Comme pour d'autres grands chantiers de restauration et de rénovation, chaque phase se voit accompagnée d'archéologues qui y effectuent fouilles, archéologie du bâti, dendrochronologie, analyse des sources écrites et avant tout une collaboration interdisciplinaire afin de mieux connaître le site dans son ensemble et dans ses différentes parties.

La salle des malades (LALEMAN, 1992) est une construction rectangulaire, orientée est-ouest. Les fondations, les façades et les éléments constructifs sont en moellons de Tournai, tandis que des briques de grand format ont été utilisées pour les parois latérales à l'intérieur de

la salle. Des portes avec arc en plein-cintre et des fenêtres ogivales — à l'intérieur couronnées d'arcs segmentés — percent les différentes parois. Une remarquable charpente à chevrons formant fermes couvre la salle (HOFFSUMMER, 1992). Le montage s'est réalisé en deux saisons, ce que démontrent les marques d'assemblage tant au nord qu'au sud (Fig. 6).



5. Façade occidentale de la salle médiévale et de la chapelle voisine, hôpital de la Bijloke (Photo Département d'Archéologie Urbaine, Gand)

La dendrochronologie situe l'abattage des chênes dans les années 1251-1255. Le bois venait des Ardennes et a dû parcourir tout un trajet par Liège, Dordrecht et Damme avant d'arriver sur place. La charpente était destinée à rester apparente. Seule une travée, près de la paroi orientale, est pourvue de planches clouées sur les jambettes et les aisseliers. Cette travée couvrait l'autel établi sur un balcon à l'est de la salle. Cette disposition permettait aux malades de suivre aisément les services religieux de leurs lits. D'après les sources écrites, la salle des malades pouvait recevoir quarante lits d'un type habituel aux hôpitaux médiévaux.

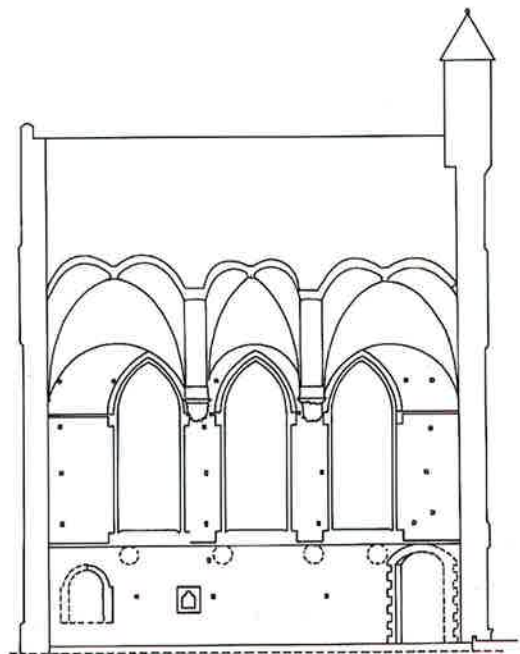


6. La salle des malades du milieu du XIII^e siècle, réaménagée en salle de concerts : vue vers l'est avec la charpente apparente, la travée lambrissée et les niches encadrant autrefois l'autel installé sur un balcon (Photo Département d'Archéologie Urbaine, Gand)

Contrairement à ce qu'évoquent maintes publications, cette salle des malades n'est pas une infirmerie monastique ou une infirmerie cistercienne. C'est par une décision politique que l'hospice privé dédié à Sainte-Marie et se trouvant à côté de l'église Saint-Michel fut déménagé vers les terrains marécageux de la Bijloke, à cette époque encore en dehors de la ville. L'accord entre la famille uten Hove, les comtes de Flandre et l'évêque de Tournai fut conclu en 1228. En 1215, le soin des malades à l'hospice Sainte-Marie avait été confié à des moniales cisterciennes de l'abbaye Ten Bos, fondée par la même famille uten Hove près de Lokeren. Afin de faciliter les tâches primaires de l'hôpital, une nouvelle abbaye de moniales cisterciennes fut érigée à la Bijloke, à quelque distance de l'hôpital.

Dans une seconde campagne de construction, une chapelle rectangulaire fut ajoutée dans l'alignement de la façade occidentale. Elle fut entièrement construite en pierre de Tournai. Les fondations comprennent plusieurs chapiteaux à

feuillage provenant d'une structure démolie. Parmi les découvertes exceptionnelles et inattendues, signalons la présence de plusieurs récipients en terre cuite intégrés dans toutes les parois intérieures (Fig. 7). À première vue, ils laissent supposer un réemploi de matériel domestique. Quant à leur fonction, ils ont dû servir de vases acoustiques. Même si, au Bas Moyen Âge, l'on se doutait déjà de leur efficacité, des études scientifiques récentes ont démontré qu'ils ont dû contribuer à l'absorption des échos et au raccourcissement des retentissements.



7. Relevé de la paroi méridionale de la chapelle avec les trous de boulin contenant de petits vases en céramique (Plan Département d'Archéologie Urbaine, Gand)

L'archéologie du bâti a permis de retrouver des fragments de vitraux *in situ* et des traces de différents décors polychromes sur les parois (Fig. 8).

Les plus anciens médaillons sur la paroi septentrionale, datant probablement de la fin du XIII^e siècle, contenaient du lapis lazuli pour la couleur bleue du fond. La chapelle, par ailleurs, a connu beaucoup plus de remaniements que la salle, ce qui se remarque encore aux voûtes et

aux fenêtres qui attestent d'une campagne de réaménagement vers 1759 (Fig. 9).



8. Oculus avec vitraux, retrouvé *in situ* et appartenant à la chapelle de l'hôpital de la Bijloke, Bas Moyen Age (Photo Département d'Archéologie Urbaine, Gand)

La fouille exhaustive de la chapelle a révélé la présence de plusieurs tombes, des sépultures en pleine terre et des caveaux. Les inhumations se répartissent sur plusieurs niveaux et semblent plutôt exceptionnelles dans le cadre de l'hôpital. Ainsi, les sources écrites permettent d'y associer l'ensevelissement de quelques abbesses. Quand, dans la seconde moitié du ^{xvi}e siècle, l'église abbatiale de la Bijloke a été ravagée par les troubles religieux, la chapelle de l'hôpital faisait fonction d'église conventuelle.

La salle des malades et la chapelle annexe étaient entourées d'autres bâtiments destinés à faire fonctionner l'hôpital. À l'heure actuelle, seuls des fragments de murs en briques de grand format laissent deviner leur présence autour de la grande salle du ^{xiii}e siècle. Le secteur de l'hôpital était installé dans un enclos isolé, entouré vraisemblablement d'un mur d'enceinte. Dans le prolongement de la façade occidentale de la salle et de la chapelle, les fouilles mirent au jour les restes d'un mur en pierre calcaire, construit sur des arcs de fondation.

À l'est de la salle médiévale se trouve une autre construction orientée est-ouest (Fig. 10). La salle, connue aussi sous le nom bizarre de *Craeckhuys*, est essentiellement construite en briques, avec l'application de pierre calcaire blanche aux portes, aux fenêtres, aux angles et aux pignons (EVERAERT *et al.*, 1993).



9. Médaillon à figure de saint, fragment sur un pilier entre la chapelle et la salle des malades, appartenant à un décor polychrome des années 1400 et repris plusieurs fois (Photo Département d'Archéologie Urbaine, Gand)



10. Façade orientale de la salle des malades, dite *Craeckhuys*, avec des motifs en briques glaçurées (Photo Département d'Archéologie Urbaine, Gand)

Plusieurs motifs en briques glaçurées, tels des croix et un losange, ont été repérés sur les façades. La signification précise n'est pas connue, mais l'application de motifs en briques glaçurées s'avère assez courante à Gand au XVI^e siècle et se retrouve dans l'architecture civile et religieuse. Cette salle des malades est couverte d'une charpente lambrissée (Fig. 11).

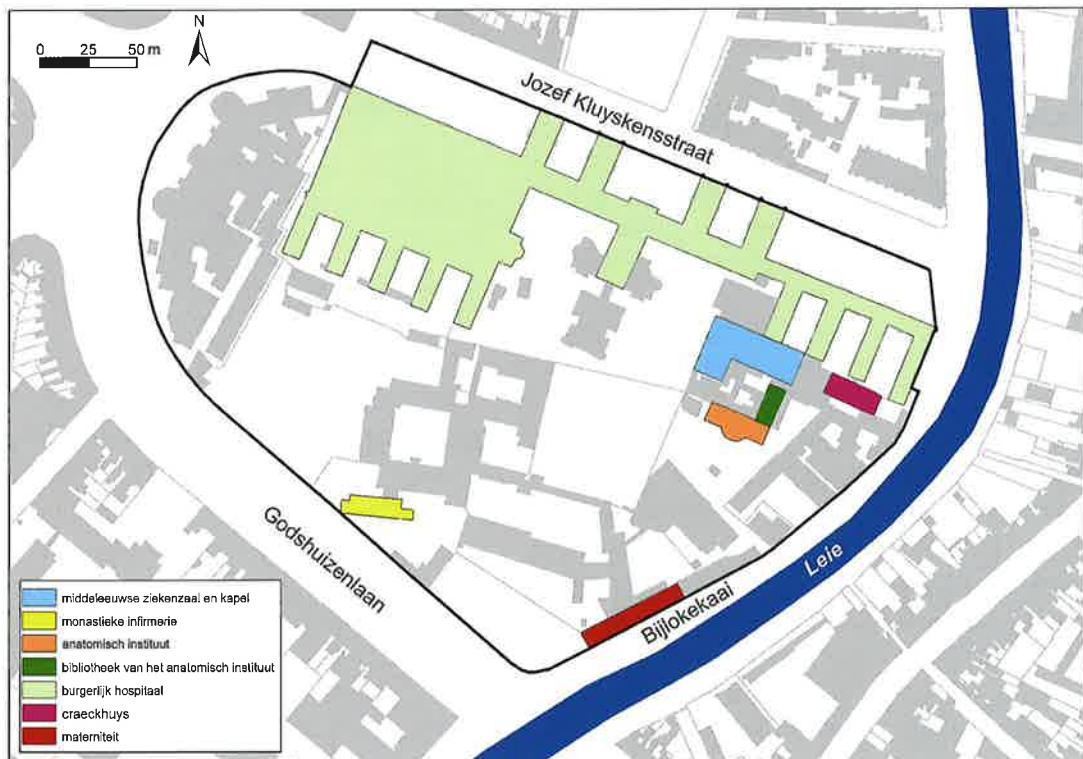


11. Intérieur de la salle des malades, dite *Craeckhuys* (Photo Département d'Archéologie Urbaine, Gand)

Les arcs doubleaux sont soutenus par des consoles dont quelques-unes étaient historiées. L'étude dendrochronologique permet de situer

l'abattage des chênes de la charpente dans le premier quart du XVI^e siècle (HOFFSUMMER, 1993). Cette datation correspond avec d'autres données qui attribuent la construction de cette seconde salle des malades à l'abbesse Maria sKerels (1490–1527).

C'est dans la seconde moitié du XIX^e siècle que l'hôpital connut son premier essor de la période contemporaine. Un nouveau centre hospitalier (Fig. 12), composé de pavillons séparés entre eux par des espaces verts, fut réalisé entre 1863 et 1878 (WYLLEMAN, 1973). C'est un des chefs-d'œuvre néo-gothiques réalisés d'après les plans de l'architecte Adolphe Pauli (1820–1895). Les anciennes constructions furent conservées sans modifications importantes, mais elles n'occupaient plus une place centrale dans le complexe hospitalier. L'annexion de la faculté de médecine à cet hôpital nécessitait d'autres bâtisses tels des laboratoires, des chambres de dissection, des bureaux et des auditoriums (EVERAERT *et al.*, 1997). À cette fin, la chapelle de l'hôpital subit plusieurs transformations aux XIX^e et XX^e siècles.



12. Le site de la Bijloke avec la localisation de la salle des malades et de la chapelle médiévales ; de l'infirmerie monastique ; de l'institut anatomique et de sa bibliothèque, du XIX^e siècle ; de l'hôpital civil du XIX^e siècle, de la salle des malades dite *Craeckhuys* du XVI^e siècle, et de la maternité du milieu du XIX^e siècle (Plan Département d'Archéologie Urbaine, Gand).

Aux alentours immédiats des anciennes salles qui gardèrent leur fonction primitive jusqu'en 1978, plusieurs bâtiments témoignent encore du développement important que connut l'hôpital de la Bijloke depuis le milieu du ^{xix}^e siècle.

Le béguinage

Un autre type d'hospitalité est attesté par les béguinages, petites villes miniatures aménagées dès le ^{xiii}^e siècle à l'extérieur du centre urbain. Le béguinage de Sainte-Élisabeth, qui est mentionné pour la première fois en 1242, avait en son centre une église et une infirmerie, toutes deux construites en pierre calcaire de Tournai (BALDEWIJNS & LALEMAN, 1984). Longtemps, c'étaient les seules bâtisses en dur du béguinage. En effet, l'architecture typique transmise jusqu'à nos jours, est celle de l'époque de la Contre-Réforme avec les couvents et les maisons en briques. À cette époque, les structures médiévales de l'église et de l'infirmerie furent englobées dans un nouveau concept architectural. Pour le béguinage de Notre-Dame, situé au sud-est de la ville, la situation médiévale est encore trop peu connue. Les interventions archéologiques permettant d'analyser l'enceinte urbaine du ^{xiv}^e siècle — limite méridionale du béguinage — ont démontré que l'enclos primitif, délimité peu avant 1262, était nettement moins vaste que la superficie du béguinage qui a survécu jusqu'aujourd'hui (LALEMAN *et al.*, 1995).

L'hospice

À partir du ^{xiv}^e siècle, plusieurs institutions érigèrent des hospices afin d'y loger des membres âgés ou d'accueillir des voyageurs, plus rarement des malades. En général, l'hospice se composait d'une chapelle et de plusieurs maisons ou chambres. Quelques-unes de ces institutions ont fait l'objet d'une approche archéologique fragmentaire. Signalons par exemple la localisation d'une chapelle rectangulaire en pierre de Tournai, à l'emplacement des annexes de l'Opéra. Cette chapelle appartenait à l'hospice que les bateliers avaient fondé

à cet endroit dans la première moitié du ^{xiv}^e siècle.

Plus à l'est, une imposante chapelle en brique indique l'emplacement de l'hospice des tisserands (Fig. 13). Cette chapelle, avec son décor sobre mais marquant de briques moulurées, est caractéristique de l'architecture gothique flamande. La datation de la charpente, révélée par la dendrochronologie, correspond avec les données écrites et permet de situer cette chapelle au début du ^{xiv}^e siècle.



13. La chapelle de l'hospice des tisserands, ^{xiv}^e siècle (Photo Département d'Archéologie Urbaine, Gand)

Finalement, les fouilles du Marché aux Poissons ont confirmé la présence de l'hospice Wenemaer à l'ouest de la place Sainte-Pharaïlde. Une chapelle rectangulaire, plusieurs chambres et des aménagements entre les différentes constructions sont à associer à cet hospice, fondé en 1323 par Marguerite sBrunen et Willem (Guillaume) Wenemaer (Fig. 14 et 15). Quant aux chambres (maisons unicellulaires), plusieurs phases de construction ont été constatées. Souvent le même plan et la même disposition furent repris.

Le mobilier trouvé *in situ* n'a pas encore été étudié, mais semble essentiellement de caractère domestique. Quant aux remblais fouillés dans la chapelle, ils contenaient bon nombre d'éléments architecturaux. Les données archéologiques peuvent être complétées par des relevés conservés aux Archives de la Ville et qui témoignent de ce qui subsistait encore en élévation au XIX^e siècle.



14. Une cheminée chauffant une chambre de l'hospice Wenemaer (Projectarcheologie N.V. Oude Vismijn, Gand)

Conclusion

Les premiers résultats de cette synthèse relative à l'apport de l'archéologie urbaine pour la connaissance des hôpitaux et de l'hospitalité à Gand au Moyen Âge et aux Temps Modernes affichent une image très variée quant à la localisation, la traduction architecturale, les intervenants et l'organisation de cette hospitalité. Le lien avec un mobilier plus spécifique reste assez exceptionnel. L'image des malades fait défaut parce qu'aucune sépulture liée avec certitude à ces hôpitaux ou hospices n'a fait l'objet d'analyse archéologique et parce que l'apport de l'archéologie ou de l'anthropologie sur d'autres cimetières nous aurait trop éloigné du sujet proprement dit. Cette esquisse est loin d'être complète. Néanmoins, l'approche par l'archéologie a permis d'enrichir de façon très nette la connaissance que Gand avait de ses hôpitaux et hospices.

Bibliographie

BALDEWIJNS J. & LALEMAN M.C., 1984. De architectuur van de Gentse begijnhoven, *Werken en*

Kerken, 750 jaar begijnhofleven te Gent, Gent, p. 53- 92 & p. 157-186.

BALDEWIJNS J. & LALEMAN M.C., 2004. *Gent, hospitalen van de Bijloke, Architectuur van Belgische hospitalen*, (M & L Cahier, nr. 10), Bruxelles, p. 152-155.

BAUTERS L., PYPE P. & VERMEIREN G, 2000, Kranen vervangen troffels. De toepassing van mechanische middelen bij het archeologisch onderzoek, *Jaarverslag van de provincie Oost-Vlaanderen 1999*, Gent, p. 51-56.

BRION M., PYPE P., & VERMEIREN G, 2000, Projectarcheologie op de site van de Vismijn in Gent, *Archaeologia Mediaevalis*, 23, p. 63-65.

EVERAERT G., LALEMAN M.C. & LIEVOIS D., 1993. De tweede ziekenzaal van de Bijloke, *Stadsarcheologie. Bodem en monument in Gent*, Gent, XVII, 4, p. 5-23.

EVERAERT G. *et al.*, 1997. Het Anatomisch Instituut in het Bijlokehospitaal te Gent, *Stadsarcheologie. Bodem en monument in Gent*, Gent, XXI, 2, p. 4-21.

HOFFSUMMER P., 1992. La charpente de la salle des malades de l'hôpital de la Byloque à Gand, *Actes du L^e Congrès de la Fédération des Cercles d'Archéologie et d'Histoire de Belgique*, Liège, II, p. 94-95.

HOFFSUMMER P. & HOUBRECHTS D, 1993. Het Craeckhuys in Gent. Dendrochronologische analyse van houtmonsters, *Stadsarcheologie. Bodem en monument in Gent*, Gent, XVII, 4, p. 24-29.

JOOS B. & LALEMAN M.C., 1984. Op en om de Gentse restauratiewerven. De infirmerie en de brouwerij van het Caermersklooster in het Patershol, *Toerisme in Oost-Vlaanderen*, Gent, XXXIII, 2, p. 49-59.

LALEMAN M.C., 1992, *De Sint-Pietersabdij te Gent. Dertien eeuwen geschiedenis en cultuur*, Gent.

LALEMAN M.C., 2002, Hospitalen en ziekenzorg in Gent. Een bijdrage van de stadsarcheologie, *Archaeologia Mediaevalis 25. Pré-Actes / Introductieteksten*, p. 10.

LALEMAN M.C., LIEVOIS, D. & STOOPS G., 1995, Enkele nieuwe inzichten in de ontwikkeling van het Klein Begijnhof in Gent, *Handelingen der Maatschappij voor Geschiedenis en Oudheidkunde*, Gent, XXI, p. 305-319.

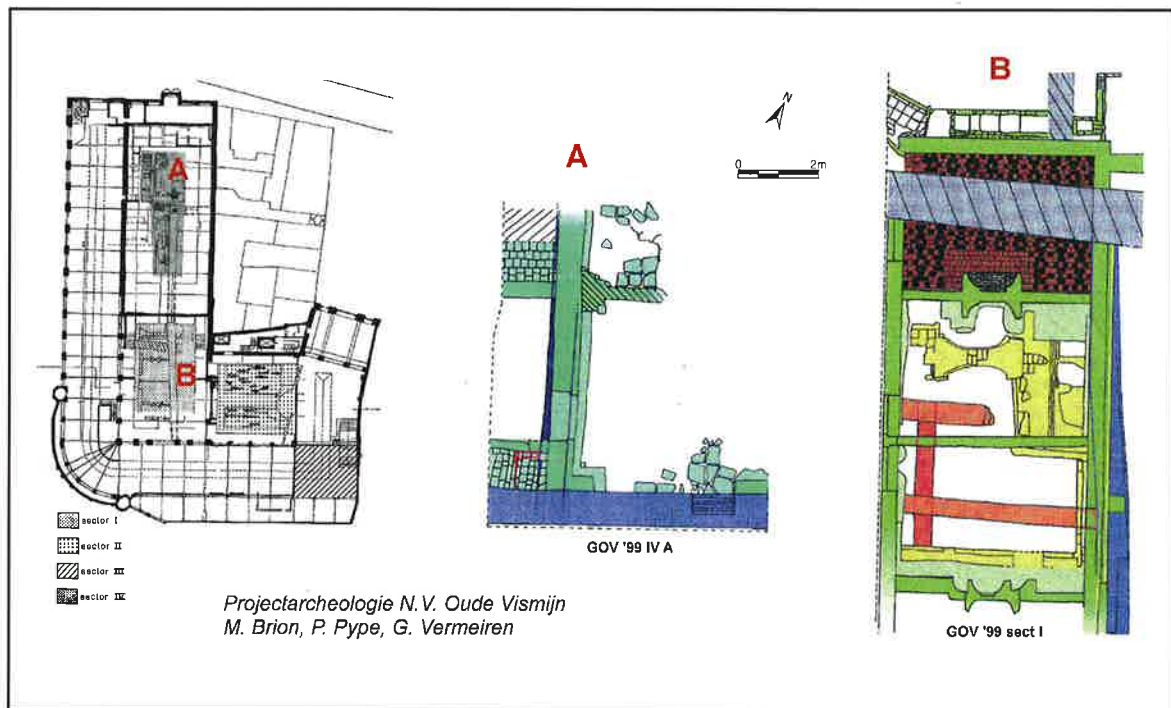
LALEMAN M.C. & RAVESCHOT P., 1991. *Inleiding tot de studie van de woonhuizen in Gent. Periode 1100-1300. De kelders*, Bruxelles.

LALEMAN M.C. & RAVESCHOT P., 1994. L'hôpital de la Bijloke à Gent : premier bilan de la recherche archéologique, *Actes du L^e Congrès de la Fédération des Cercles d'Archéologie et d'Histoire de la Belgique*, Liège, II, p. 129-135.

LALEMAN M.C., RAVESCHOT P. & VAN DE WALLE R., 1985. *De Sint-Pietersabdij te Gent. Het rijke leven van zieke monniken. Twee afvalputten uit de infirmerie 1600-1780*, Gent.

VANDENHOUTE J. et al., 1977-1979. *De Sint-Pietersabdij te Gent. Historisch en archeologisch onderzoek*.

WYLLEMAN L., 1973. *Architekt Adolphe-Edouard-Theodore Pauli 1820-1895*, Université de Gand, mémoire inédit.



15. Plan des fouilles de la Halle aux Poissons avec localisation de la chapelle et des chambres de l'hospice Wenemaer, XIV^e-XV^e siècles.

Naissance et premiers développements des hôpitaux urbains

Griet MARÉCHAL

Dans cette contribution, nous souhaitons aborder deux aspects différents de la naissance et du développement des hôpitaux urbains : d'une part, la signification socio-politique des hôpitaux urbains et le mythe de la *Kommunalisierung* d'autre part.

La signification socio-politique des hôpitaux urbains

Esquissons tout d'abord une vue d'ensemble de l'assistance institutionnalisée. Au Moyen Âge, les hôpitaux ainsi que les institutions de secours aux pauvres à domicile et les léproseries en faisaient partie. Les hôpitaux pouvaient être divisés comme suit :

- L'hôpital, c'est-à-dire un lieu de refuge pour un large éventail d'indigents, de malades, de débiles, de pèlerins, de sans-abris, de voyageurs, etc., à l'exception toutefois des personnes atteintes de maladies contagieuses comme les lépreux ;
- L'hospice ou l'hôpital qui, en principe, hébergeait des personnes leur vie durant, surtout des vieillards, mais aussi certains handicapés comme les aveugles par exemple ;
- L'hôpital pour les pauvres passants, qui offrait un refuge aux sans-abris, aux pèlerins, aux voyageurs.

Outre ce premier volet de la bienfaisance institutionnalisée, un second volet était constitué par les institutions qui dispensaient du secours aux pauvres à domicile. On les nommait « Aumônes, Maisons du Saint-Esprit, *H.Geesthuizen, Schamele huiswekenhuizen* ». Même si elles portaient le nom de « maisons », elles n'hébergeaient pas ceux qu'elles assistaient. Leur fonction était semblable aux « tables des pauvres, tables du Saint-Esprit et pauvres domestiques (*huisarmen*) », institutions postérieures (MARÉCHAL, 1976, p. 13 ; TITS-DIEUAIDE, 1975, p. 563-564).

À cause du terme « hôpital », on est tenté de penser à des soins médicaux, mais ces institutions avaient peu de liens avec le traitement des maladies proprement dit. Du Moyen Âge jusqu'au XIX^e siècle, le monde hospitalier prodiguait avant tout de l'assistance aux pauvres. Sa fonction principale était davantage socio-politique que médicale. Une seule maladie exigeait toutefois des mesures spécifiques : la lèpre. L'isolement des lépreux étant le seul moyen connu de lutter contre la propagation du mal, cette mesure s'imposait particulièrement à une époque où la population se concentrait de plus en plus dans les villes. Cette concentration augmentait en effet le supposé danger de contagion. Parallèlement au développement des villes, naquirent un grand nombre de léproseries, souvent plus anciennes que les

hôpitaux. D'ailleurs, les plus anciennes mentions de celles-ci sont : Saint-Omer (1106), Cambrai (1119), Bourbourg (1132), Gand (1146-1149), Tournai (1153), Huy (1160), Ypres (entre 1128 et 1168), Bruxelles (1174), Liège (1176), Mons (1182), Arras (1186) (BONENFANT, 1965a, p. 16 ; VIAENE, 1962, p. 12-13).

Nous avons choisi d'évoquer ici les léproseries et les institutions qui distribuent du secours aux pauvres mais à domicile parce qu'elles montrent des évolutions comparables à celles des hôpitaux et, par conséquent, apportent des éclaircissements sur leur développement commun. De plus, en ce qui concerne la notion d'assistance pour l'homme du Moyen Âge, elles forment un tout avec les hôpitaux.

À la fin du XIII^e siècle, toutes les villes importantes disposaient certainement d'hôpitaux remplissant une très large fonction. C'était le cas pour Bruges avec l'hôpital Saint-Jean (la plus ancienne mention date de 1188) mais, grâce à une étude basée sur les vestiges archéologiques, nous savons qu'il existait déjà en 1150), mais aussi pour Ypres avec l'hôpital Notre-Dame (vers 1186), Liège (1189) et Tongres (1195). On retrouvait également un hôpital Saint-Jean à Arras (1179), Bruxelles (aux environs de 1188) et Gand (antérieur à 1196) . La ville de Gand disposait aussi de l'hôpital de la Byloke antérieur à 1204 (BONENFANT, 1965a, p. 20-21 ; VLEESCHOUWERS, 1971, p. 13).

Grâce à leur caractère polyvalent, ces institutions les plus anciennes répondaient aux besoins de la population urbaine. À cette époque, on assiste également à une importante croissance démographique due au flux migratoire des campagnes vers les villes. En d'autres mots, une population mobile était à la recherche de meilleurs moyens d'existence et de travail. Par conséquent, on avait besoin d'abris destinés à d'autres personnes que les pèlerins traditionnels et les voyageurs occasionnels. D'autres refuges furent mis en place pour les personnes isolées qui tombaient malades, plus nombreuses dans les villes que dans les campagnes. Pour la plus grande partie de la population, notamment pour ceux qui vivaient de leur

travail, tomber malade signifiait chômage, et cette situation menait vite à la pauvreté et à la misère.

Ce mouvement s'intensifia au XIII^e siècle. De nombreux hôpitaux furent créés, surtout dans la première moitié du XIII^e siècle, de sorte que presque toutes les villes disposaient d'un hôpital unique, répondant à tous les besoins. Signalons ceux d'Audenarde, Termonde, Courtrai, Anvers, Deinze, Alost, Vilvorde, Lierre, Grammont, Damme, Louvain, Herentals (comme plus ancienne ville en Campine), Geel, Diest, Hoogstraten, Turnhout, etc. En d'autres endroits où il y avait déjà des hôpitaux, ils furent sensiblement agrandis et on en créa même de nouveaux (MARÉCHAL, 1976, p. 22 et 32). Mais alors que la croissance de la pauvreté et la situation peu brillante des villes suggèrent une certaine croissance du nombre d'hôpitaux, on assiste plutôt à la fin de leur période d'expansion. C'est alors que de nouvelles institutions, plus petites mais dotées d'une fonction bien déterminée, se créent : les hospices pour prébendiers et les hospices pour passants.

Les hospices pour prébendiers, parfois mieux connus sous le nom de maisons-Dieu (*godshuizen*), apparurent dans le courant du XIII^e siècle, mais connurent leur grande extension dans les siècles suivants. Des exemples sont connus à Gand avec les hôpitaux Sainte-Anne et Hebberecht, respectivement créés par les abbés de Saint-Bavon (1207) et de Saint-Pierre (1222). S'il est théoriquement possible que ces deux institutions étaient, au départ, destinées à un public plus large, très vite, elles n'accueillirent plus que des prébendiers (MARÉCHAL, 1966, p. 32-35 ; VAN DRIESSCHE, 1992, p. 47, 60-63). De tels hospices existaient aussi à Arras, Bruxelles et Tournai (MARÉCHAL, 1976, p. 21 et 31). Ils étaient exclusivement ouverts à ceux qui pouvaient obtenir une prébende qui leur permettait de jouir, leur vie durant, du logement et du couvert. Un droit d'entrée et un trousseau étaient exigés. La répartition des biens entre l'institution et l'intéressé était traitée de manière détaillée dans les règlements. Ces institutions n'étaient donc pas destinées à des gens dénués de tout et leur appellation illustre

parfois clairement pour qui elles avaient été fondées, tels que les « Anciens Prêtres » et les « Anciens Bourgeois », deux hospices situés à Tournai, le premier créé dans la première moitié, le second dans la deuxième moitié du XIII^e siècle (PYCKE, 1970, p. 5 ; BONENFANT, 1965a, p. 37). Dans ces maisons, ce n'étaient pas les marginaux qui étaient accueillis mais des gens appauvris, c'est-à-dire des personnes qui, suite à des revers de fortune — décès du soutien de la famille, longue maladie, vieillesse, conjoncture défavorable —, se retrouvaient au bas de l'échelle sociale. Cela apparaît clairement dans les conditions d'entrée (MARÉCHAL, 1976, p. 31 n. 46). L'expression « déchus de leur chevance » pour ceux qui furent reçus dans les hospices lillois va dans le même sens. Les places devaient, de préférence, être attribuées à des membres de la famille ou à des membres du même groupe professionnel. Cela valait aussi pour les hospices fondés par les métiers parmi lesquels les plus anciens dataient aussi du XIII^e siècle. À Saint-Trond par exemple, les foulons et les tondeurs avaient une maison destinée aux malades de leur corporation (*domus ad opus infirmorum qui de eodem fuerint officio*). Pendant un certain temps, les foulons bruxellois eurent aussi un hôpital (BONENFANT, 1965a, p. 32). Ces institutions étaient donc destinées aux membres d'un métier qui, à cause d'une maladie, ne pouvaient plus gagner leur vie et qui par conséquent tombaient dans la misère. La maladie était la cause, non la raison pour laquelle on y recourait. Nous voulons insister sur ce point ; il montre bien que, comme nous l'avons déjà dit plus haut, ce n'était pas pour les soins médicaux que l'on cherchait refuge, en premier lieu, dans un hôpital.

Un autre type d'hôpital était constitué par les hospices pour « pauvres passants ». Les villes étaient des pôles d'attraction pour les habitants de campagne sans moyens d'existence. Les sans-abri y étaient de plus en plus nombreux de même que les pèlerins, en raison du développement du pèlerinage judiciaire. Comme les hôpitaux, à l'origine ouverts à tous et polyvalents, commençaient à refuser les étrangers (parallèlement à l'exclusion des non-bourgeois), il fallait trouver une alternative pour

ces gens. À partir du milieu du XIII^e siècle, les hospices pour « pauvres passants » connurent une importante diffusion, de sorte qu'à la fin du siècle toutes les villes disposaient au moins d'un hospice de ce genre. Cette expansion augmenta encore au XIV^e siècle (BONENFANT, 1965a, p. 35 ; GEORGES, 1971, p. 143-144). Toutefois, avec la fondation de tels hospices, on ne résolut pas le problème de la pauvreté. Leur capacité était le plus souvent minime — 12 lits étaient déjà un chiffre convenable — ; le nombre de nuitées était souvent limité (de 1 à 3 nuits) et on n'y recevait généralement que peu à manger : tout au plus, une assiette de soupe et un morceau de pain et ceci le plus souvent pendant une période déterminée de l'année. La soupe et le pain étaient liés à des quantités fixes, indépendantes du nombre d'hôtes dans les asiles de nuit. D'ailleurs, les saints patrons les plus courants, saint Jacques, saint Julien et saint Nicolas, montrent que ces maisons s'adressaient surtout aux pèlerins, aux marchands ambulants et aux colporteurs (MARÉCHAL, 1976, p. 24 et 33).

Les prébendiers ne se trouvaient pas uniquement dans les hospices fondés pour eux. Si l'on tient compte des couples riches énoncés dans les plus anciens règlements hospitaliers, comme c'est déjà le cas du règlement de 1188 pour l'hôpital Saint-Jean à Bruges (GILLIODTS-VAN SEVEREN, 1874-1875, p. 75), au XIII^e siècle, on constate que la présence de prébendiers nantis dans les hôpitaux et les léproseries augmente considérablement. Quelle en était la raison ? Probablement une certaine rencontre d'intérêts des institutions et des personnes aisées. D'un côté, l'institution pouvait sensiblement développer son patrimoine et trouver une solution à ses problèmes financiers. D'un autre côté, cette possibilité répondait à un désir de la bourgeoisie qui, hantée d'une crainte grandissante de la misère et de la maladie, pouvait ainsi se procurer une assurance pour la durée de la vie. L'intention initiale des hôpitaux était de fournir un appui gratuit aux nécessiteux, mais très vite, les hôpitaux cédèrent devant les chances d'assurer une certaine stabilité financière. Ils donnèrent la préférence à l'hospitalisation des prébendiers nantis sur l'hospitalisation des

pauvres qui devinrent ainsi les premières victimes d'une telle politique (KAWAHARA, 1995, p. 8 ; REICKE, II, p. 192 et suiv. ; CORDANI-SONTAG, 1971, p. 76 et 87). D'ailleurs, le personnel censé gérer ces institutions augmenta au-delà de toute proportion. De plus, la différence entre prébendiers et membres du personnel n'était pas toujours bien définie. C'est la raison pour laquelle des mesures furent prises pour arriver à un équilibre plus sain. Dans le courant du XIII^e siècle, on fixa un nombre maximal de membres du personnel hospitalier, mais on n'en fit pas autant pour les prébendiers, incontestablement pour ne pas perdre cette forme de revenus (MARÉCHAL, 1976, p. 29).

L'hôpital Saint-Nicolas à Bruxelles en offre un bel exemple, on y retrouve la prébende comme ressource financière pour l'institution, mais aussi l'énorme pression des classes aisées afin d'obtenir une place dans un hôpital au détriment des pauvres (FAVRESSE, 1938, p. 413-419 et 421-432 ; BONENFANT, 1965a, p. 32). On observe le même phénomène dans l'hôpital Saint-Jean à Gand. En 1196, les catégories admises étaient les suivantes :

- des pèlerins pour une nuit en leur fournissant, si nécessaire, de la nourriture,
- des pauvres malades,
- des gens du dehors qui recevaient chaque jour une prébende.

À cette époque, il semblerait que les prébendiers n'habitent pas encore à l'hôpital. Un demi-siècle plus tard, en 1245, les échevins limitent le nombre de personnes qui pouvaient y être entretenues au nombre de 50, à savoir 6 frères, 4 soeurs et au maximum 8 *burgenses* et 8 *dominae* et ce afin que le nombre de pauvres alités puisse atteindre 24. De cette formulation, nous pouvons déduire que des prébendiers fortunés avaient pris en partie la place des pauvres. Les termes *burgenses* et *dominae* en disent long sur le groupe social concerné. Remarquons que pour les femmes enceintes, sans abri, susceptibles d'être admises dans un hôpital, on utilisait le terme *mulieres*. Au début du XIV^e siècle, les malades avaient complètement disparu de l'hôpital Saint-Jean à Gand. Toutes les places étaient

occupées par des prébendiers payants et non-payants, ceux que l'on appelait *dullen* ou déments avec lesquels l'institution fut identifiée (MARÉCHAL, 1976, p. 20 et 31).

Cette même évolution est constatée dans les hôpitaux lillois de Saint-Nicolas (déjà attesté en 1231), Saint-Nicaise (antérieur à 1268) et de la Sainte-Trinité (1291). Les lits, ainsi que nous l'avons déjà signalé, y étaient occupés par des bourgeois déchus de leur chevanche, ce qui signifie en fait ruinés. À l'origine, ces lits étaient destinés à des malades, à des femmes enceintes sans-abri et à des voyageurs (PLATELLE, 1970, p. 344).

Au XIII^e siècle, une nette évolution se produit également dans les léproseries. Elles furent réservées aux bourgeois de la ville, comme ce fut le cas dans les léproseries d'Aire, d'Amiens, d'Anvers, d'Arras, d'Audenarde, de Bergues-Saint-Winocq, de Béthune, de Bruges, de Bourbourg, de Cambrai, de Douai, de Gand, de Liège, de Lille, de Louvain, de Maastricht, de Saint-Omer, de Saint-Trond, de Tournai, de Valenciennes, d'Ypres etc. (VIAENE, 1962, p. 11-12 ; UYTTEBROUCK, 1968, p. 624-626). Être bourgeois en soi n'est pas toujours suffisant et l'on devait l'être depuis un certain temps avant d'y être admis. D'autre part, celui qui a acheté le droit de bourgeoisie est exclu et seul celui qui était bourgeois de père en fils pouvait faire valoir certains droits. Les dispositions détaillées relatives au droit d'entrée et au trousseau des lépreux, à leurs biens et à leurs successions, ne laissent aucun doute sur le fait que ceux qui s'y installent ne sont pas des indigents (MARÉCHAL, 1976, p. 17, 29-30). Quand le droit de bourgeoisie ne constitue pas une condition première, seuls des non-bourgeois aisés y sont acceptés. Ainsi, vers 1265, l'accès à la léproserie de Bruxelles fut interdit à tous les Bruxellois non-bourgeois, à moins de payer un droit d'entrée de 40 livres de Bruxelles minimum, plus quarante sous pour la caisse des distributions de vivres. En plus, les lépreux devaient disposer d'un trousseau complet. Plus tard, même cette catégorie de non-bourgeois aisés fut totalement refusée. Au XIII^e siècle, il ne faut donc pas s'étonner de rencontrer partout

des traces de lépreux forains (*akker- ou veldzieken*), qui, vivant en bordure de la ville à l'extérieur des léproseries, sans nourriture ni habitation, assuraient leur subsistance grâce à la mendicité (BONENFANT, 1965b, p. 89-90 ; DE CONINCK & BLOCKMANS, 1967, p. 17 ; MARÉCHAL, 1978, p. 198 et suiv.).

Après cette période faste à la création d'institutions orientées vers l'accueil et les soins à toute une série de nécessiteux, nous pouvons constater qu'un certain nombre d'entre elles s'écartent, en tout ou en partie, de leur but primitif et cela au profit de gens qui pouvaient y obtenir une prébende ou des appauvris d'un même groupe (BOONE, 1984, p. 98). Les places dans les léproseries aussi considérées comme une prébende, fournissant le gîte et le couvert la vie durant, étaient réservées aux bourgeois (dans le sens large du terme). L'aide donnée fut donc limitée aux membres d'un groupe socio-économique privilégié.

Et les pauvres, que deviennent-ils ? Cette préférence et cette restriction n'excluent pas que d'autres personnes, notamment des pauvres, pouvaient être pris en considération. Mais qui accordait les places dans les hospices et qui avait le contrôle de la gestion des léproseries et des hôpitaux ? Directement ou indirectement, nous retrouvons toujours le même groupe dominant constitué en général du magistrat de la ville ou de ses représentants (appelés tuteurs ou proviseurs), les abbés de grandes abbayes qui étaient aussi de grands seigneurs séculiers, la direction des métiers et les maîtres des tables de pauvres (pour les hospices créés dans ce cadre) et les fondateurs particuliers ainsi que leurs descendants (MARÉCHAL, 1976, p. 25 et 33). Les liens étroits et, par conséquent, l'intérêt que l'élite gantoise dominante portait à la léproserie, aux hôpitaux de Saint-Jean, d'Alijns, de Wenemaer et voire même à l'hospice Saint-Jacques, apparaissent clairement dans une étude prosopographique du professeur Marc Boone (BOONE, 1990, p. 141-153).

Nous avons déjà mentionné une institution qui existait à côté des hôpitaux et des léproseries,

ne fournissant pas d'abri mais du secours à domicile, celle-ci montre aussi une certaine évolution dans le courant du XIII^e siècle. Là où, à l'origine, une seule institution suffisait, les paroisses fondées suite à l'extension des villes, formèrent le ressort d'autant de tables du Saint-Esprit. Dans d'autres endroits, c'est le moment où apparaissent les premières mentions de ces tables (MARÉCHAL, 1976, p. 24, 28 et 33). Elles étaient placées sous la direction de maîtres de tables. Ceux-ci étaient choisis parmi les bourgeois aisés de la paroisse et désignaient ceux qui seraient admis à recevoir de l'aide. Leur fonction n'était pas payée, ce qui excluait un grand nombre de gens et plaçait à nouveau le droit de décision entre les mains d'un groupe limité de privilégiés sociaux. Des études ont montré que l'assistance des tables ne touchait pas toujours les plus défavorisés. Ceux qui recevaient un peu de secours n'habitaient pas pour autant dans les logements à bas loyers. En réalité, seul un faible pourcentage de pauvres était touché par cette aide (BLOCKMANS & PREVENIER, 1975, p. 510-511 ; BOONE, 1984, p. 98 ; DE MESSEMAEKER-DE WILDE, 1980, p. 51 et 54 ; DE VOCHT, 1981, p. 32).

Dans ce contexte, la terminologie pour désigner une catégorie déterminée de secourus est révélatrice. Ils étaient les pauvres honteux, les *schamele huisarmen*, les *verecundi pauperes* ; *poveri vergognosi* dans les villes italiennes. S'il s'agit de pauvres honteux à cause de leur misère, cela ne signifie pas toujours qu'ils étaient totalement dépourvus, mais bien qu'ils ne pouvaient plus se permettre de vivre selon leur position sociale, comme de petits maîtres de métiers qui, suite à des revers de fortune, avaient perdu leur prospérité. Nous retrouvons donc ici le même groupe de gens appauvris, groupe que nous avons aussi rencontré dans les hospices (KAWAHARA, 1995, p. 5 ; TREXLER, p. 75-76).

Dans les institutions d'assistance aux pauvres, nous constatons donc une évolution qui commence avec une cohésion entre les groupes dont témoignent les premiers hôpitaux polyvalents. La solidarité touchait à l'origine toute la communauté — avant 1200 les diverses caté-

gories sociales étaient d'ailleurs peu marquées — plus tard, elle se limita à certains groupes seulement. À mesure que le nombre de pauvres grandit, ou plutôt à mesure que l'on conscientisa que ce problème était structurel, on ne créa plus d'hôpitaux où tous pouvaient se retrouver. L'attention se porta alors sur une forme d'aide qui impliquait une autorisation de l'organisme dirigeant, autorisation qui, en termes actuels, pouvait être utilisée dans un sens répressif ou tolérant. Au XIII^e siècle, des institutions sociales furent fondées au sein de la ville d'Ypres, afin de maîtriser la grande masse de chômeurs en périodes de crise (Mus, 1972, p. 25-29 ; Mus, 1974, p. 10-14 ; Mus, 1976, p. 55-65). Ailleurs, ce lien chronologique se constate parfois moins clairement : tantôt il nous manque les données économiques et sociales suffisantes, tantôt les dates exactes de fondation. Mais ces lacunes ne cachent pas l'évolution des fondations, et ce glissement dans la fonction des hôpitaux reste révélateur.

Puisque les finances de la ville de Gand — les recherches l'ont montré — ont surtout été destinées à servir en premier lieu les intérêts de l'élite urbaine (BOONE, 1984, p. 104), il ne faut pas s'étonner de voir se passer quelque chose de semblable dans le domaine des institutions de bienfaisance.

Parallèlement au développement esquissé de ces institutions, un changement survient dans l'attitude à l'égard des pauvres. Ainsi que Michel Mollat l'a montré, on ne voit plus dans le pauvre l'image du Christ, mais on commence à voir en lui la cause de la misère. Il devient le mauvais, le dangereux, l'agitateur, le fainéant, le vagabond. Les pauvres sont assimilés aux classes dangereuses, malfaiteurs potentiels, perturbateurs de l'ordre établi (MOLLAT, 1970, p. 14 et 1973, p. 279).

Il ne s'agit pas ici de nier la présence d'intentions caritatives ou de préoccupations salutaires pour le salut de leur âme chez les fondateurs et autres bienfaiteurs. Ces motifs subjectifs n'expliquent toutefois pas l'évolution des institutions.

La *Kommunalisierung*

Le deuxième point, que nous souhaitons examiner est le phénomène de la *Kommunalisierung*. Pour beaucoup d'auteurs, il va de soi que toutes les institutions médiévales d'assistance aux pauvres, y compris les hôpitaux, étaient d'origine ecclésiastique. Certaines institutions pouvaient cependant être qualifiées de bourgeoises, ce qui fut souvent interprété par les auteurs comme le résultat d'une lutte qui se serait terminée au désavantage de l'autorité religieuse et à l'avantage du pouvoir temporel, plus spécialement du pouvoir urbain. Cette évolution fut désignée par Siegfried Reicke en 1932 dans son étude *Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter*, comme la *Kommunalisierung*. Cette conception des choses fut notamment reprise par Paul Bonenfant qui parla de « communalisation » (BONENFANT, 1965a, p. 33-34) ce qui est encore souvent admis. Examinons d'abord la doctrine canonique relative aux hôpitaux. Cette doctrine qui ne se développa qu'au XIII^e siècle, à un moment où il y avait déjà un grand nombre d'hôpitaux urbains, distinguait deux types d'institutions : d'une part, le fondateur privé demande l'autorisation de l'évêque et place l'hôpital sous l'autorité épiscopale ; d'autre part, les autorités ecclésiastiques ne sont pas consultées ; érigés sans l'accord de l'évêque, ces hôpitaux ne sont alors en rien soumis à l'autorité épiscopale. Les canonistes reconnaissent donc à chacun le droit de fonder des hôpitaux. Cependant ils ne reconnaissent qu'aux hôpitaux du premier type la faculté d'exercer certains droits paroissiaux, notamment le droit d'avoir une église ou une chapelle avec curé, un cimetière avec droit d'inhumer et éventuellement le droit d'avoir des cloches, etc.

Mais cette distinction entre les deux types (*loci religiosi* et *loci publici*) est moins claire dans les zones où le développement urbain était très marqué comme la Flandre et le Brabant. Là un autre type d'hôpital était mis en place disposant bien d'une chapelle, etc., mais qui ne se trouvait pas sous l'autorité de l'évêque. Comme Jean Imbert a le grand mérite de nous le faire remarquer dès 1947, l'évêque ne peut mettre à

profit l'autorisation qui lui fut demandée pour l'érection d'une chapelle pour placer aussitôt tout l'hôpital sous son autorité, ce qu'il aurait dû faire en fonction de la doctrine canonique, en raison de l'importance du pouvoir de la bourgeoisie urbaine.

Sur quoi Reicke et ses successeurs ont basé leurs déductions concernant ces luttes. Ils se sont appuyés sur les discussions et les luttes qui surgirent au sujet des droits paroissiaux. Chaque fois qu'un hôpital qui se trouvait sous l'autorité urbaine, obtenait le droit d'avoir une chapelle avec chapelain etc., Reicke et ses suivants considéraient cela comme le résultat d'un conflit défensif couronné au profit du magistrat urbain. Ils perdaient de vue que les droits paroissiaux ne pouvaient être reconnus par personne d'autre que par la hiérarchie ecclésiastique. Les discussions sur les droits paroissiaux furent certes légion. La raison en est simple : les revenus financiers liés à certains droits, surtout au droit d'inhumation, n'étaient pas à dédaigner (voir par ex. DE KEYZER *et al.*, 1989, p. 61-62). Mais même aux moments les plus intenses d'une telle lutte, les instances ecclésiastiques n'ont jamais nié le droit de fonder ou de gérer un hôpital.

La fondation d'hôpitaux a également été mise en rapport avec la règle établie au Concile d'Aix-la-Chapelle de 816 (*Institutio Aquisgranensis*), qui, dans son article 141, prescrivait aux chapitres de donner des soins aux hôtes et aux pauvres. Certains chapitres créèrent en effet des hôpitaux, comme celui de l'hôpital Notre-Dame à Tournai. Là où cela fut le cas, leur autorité ne fut pas contestée par le magistrat urbain. Mais ce n'est pas parce que certains chapitres ont fondé des hôpitaux, que tous les hôpitaux, dans les villes où un chapitre était établi, devaient automatiquement leur existence à ce chapitre. La fondation de l'hôpital Notre-Dame à Courtrai, par exemple, a été attribuée au chapitre local. Toutefois on ne découvre à ce sujet aucun lien, aucune intervention, aucune donation. Lorsque l'évêque, au moment même où l'hôpital apparaît dans les documents, c'est-à-dire en juin 1203, approuve la fondation du chapitre et définit ses droits,

entre autres sur le patronage de l'église Saint-Martin, sur l'office de sacristain et sur les écoles, il ne mentionne pas l'hôpital. De même, l'hôpital n'est pas non plus mentionné dans les statuts du chapitre de 1209. Comme aucun lien ne se manifeste dans les décennies suivantes, on cherche l'explication dans le fait que, très rapidement, les chapitres n'ont plus été à la hauteur de leur missions et se sont débarrassés volontiers de ce qu'ils considéraient comme une charge... Il est évident que l'on considère dans ce cas la règle d'Aix-la-Chapelle comme une réalité même si on ne trouve aucun argument en sa faveur. Nous avons déjà traité cette problématique précédemment et c'est pourquoi nous vous y renvoyons (MARÉCHAL, 1984, p. 497-512).

Des paroles comme celles prononcées par l'archevêque de Reims qui, en 1179, parlait de l'incroyable arrogance d'une foule de bourgeois qui voulaient assumer la direction des écoles (MILIS, 1982, p. 198), on n'en trouve rien de semblable concernant les hôpitaux. Une différence significative est émise par Jacques de Vitry, grand défenseur du pouvoir de l'Église, dans son *Historia Occidentalis* (1221-1224), entre les bons hôpitaux qui dépendaient des ordres hospitaliers et qui suivaient une règle religieuse, et les autres qui devaient leur existence à des marchands et à des artisans. Il dépeint très sombrement la situation dans ces derniers (très nombreux selon lui) ainsi que la moralité du personnel, pour des raisons évidentes. Mais, en aucun cas, il ne nie leur droit à l'existence, comme il ne fait aucune allusion à la survivance de certains hôpitaux dépendant de couvents ou de chapitres, ni à la règle d'Aix-la-Chapelle de 816. Il ne se plaignait pas non plus de l'accaparement par la bourgeoisie, ce qu'il n'aurait pas manqué de faire s'il avait trouvé quelque fondement. Ce n'était en effet pas du tout son intention de tempérer en aucune manière les revendications de l'Église ! (BONENFANT-FEYTMANS, 1980).

De nombreux hôpitaux et léproseries se trouvaient, au XIII^e siècle et dans la première moitié du XIII^e siècle, sous l'autorité des évêques. Cela ne signifie pas que ces institutions se

trouvaient antérieurement sous l'autorité ecclésiastique et que les échevins avaient dû écarter cette autorité. L'hôpital gantois de Saint-Jean, par exemple, déjà mentionné ci-dessus, était en 1245 totalement placé sous l'égide d'un magistrat gantois. Il n'en a jamais été autrement puisque le règlement de 1196 déjà émanait des échevins. Il est tout à fait erroné d'affirmer que Everdeius II, abbé de Saint-Bavon aurait approuvé ce règlement. En fait, il ne joua aucun rôle. C'est ainsi qu'on maintient tout à fait à tort l'idée de la « communalisation » (MARÉCHAL, 1984, p. 504). Certains historiens ont discerné ici une lutte offensive de la bourgeoisie aux frais de l'Église, une lutte qui en réalité ne s'est jamais présentée de telle manière. C'est l'inverse qui se produisit (BONENFANT-FEYTMANS, 1980, p. 42-43).

C'est l'Église qui s'inquiéta de l'existence de personnes vivant en communauté, sous une inspiration religieuse, et qui se trouvaient en dehors de son autorité. Nous faisons ici allusion aux hommes et femmes, frères et sœurs, formant le personnel de l'hôpital. Via les règlements pour ce personnel et via les droits paroissiaux — importants au Moyen Âge, car, sans ces droits, un hôpital n'était pas complet —, l'Église tenta de placer ces institutions sous son autorité. C'est une attitude identique que l'Église prit à l'égard des béguines (MILIS, 1982, p. 204).

Dans nos régions, ce fut la bourgeoisie, éventuellement aidée par les seigneurs locaux, qui en fut la véritable fondatrice et ce à l'aide des magistrats qui désignaient les proviseurs des hôpitaux et des léproseries. Si ce n'était pas le cas, cette nuance était clairement établie dès la création de l'institution. Nous aimerions ajouter ici, par analogie avec Milis (MILIS, 1982, p. 195), que l'attitude des villes représente moins l'expression de sa foi — certainement générale à l'époque — que l'expression de son émancipation.

Bibliographie

BLOCKMANS & PREVENIER, 1975. Armoede in de Nederlanden van de 14de tot het midden van de 16de eeuw : bronnen en problemen, *Tijdschrift voor Geschiedenis*, 88, 4, p. 501-535.

BONENFANT P., 1965a. Les hôpitaux en Belgique au Moyen Âge, *Annales de la Société Belge d'Histoire des Hôpitaux*, III, p. 3-44.

BONENFANT P., 1965b. L'ancienne léproserie Saint-Pierre à Bruxelles, *Annales de la Société Belge d'Histoire des Hôpitaux*, III, p. 85-98.

BONENFANT-FEYTMANS A.-M., 1980. Les organisations hospitalières, vues par Jacques de Vitry (1225), *Annales de la Société Belge d'Histoire des Hôpitaux*, XVIII, p. 17-45.

BOONE M., 1984. Openbare diensten en initiatieven te Gent tijdens de Late Middeleeuwen (14de-15de eeuw). In : *L'initiative publique des communes en Belgique. Fondements historiques (ancien régime)*, Bruxelles, Crédit Communal (Collection Histoire, série in-8°, n° 65), p. 71-114.

BOONE M., 1990. *Gent en de Bourgondische hertogen ca. 1384-ca. 1453. Een sociaal-politieke studie van een staatsvormingsproces*, Brussel (Verhandelingen van de Kon. Acad. voor Wetenschappen, Letteren en Schone Kunsten van België. Klasse der Letteren, 52, n° 133).

CORDANI-SONTAG A., 1971. Les établissements hospitaliers en Allemagne aux XIV^e et XV^e siècles, *Annales de la Société Belge d'Histoire des Hôpitaux*, IX, p. 35-92.

DE CONINCK Chr. & BLOCKMANS W., 1967. Geschiedenis van de Gentse leproserie « Het Rijke Gasthuis » vanaf de stichting (ca. 1146) tot omstreeks 1370, *Annales de la Société Belge d'Histoire des Hôpitaux*, V, p. 3-44.

DE KEYZER W., FORRIER M. & VAN DER EYCKEN, 1989. L'évolution des léproseries organisées. In : *La Lèpre dans les Pays Bas (XII^e-XVIII^e siècles)*, Bruxelles (Archives générales du Royaume. Service éducatif. Dossier 6).

DE MESSEMAEKER-DE WILDE G., 1980. De parochiale armenzorg te Gent in de late Middeleeuwen, *Annales de la Société Belge d'Histoire des Hôpitaux*, XVIII, p. 47-58.

- DE VOCHT A.-M., 1981. Het Gentse antwoord op de armoede : de sociale instellingen van wevers en volders te Gent in de late middeleeuwen, *Annales de la Société Belge d'Histoire des Hôpitaux*, XIX, p. 3-32.
- FAVRESSE F., 1938. Actes intéressant la ville de Bruxelles, 1154 - 2 décembre 1302, *Actes de la Commission royale d'Histoire*, CIII, p. 355-512.
- GEORGES A., 1971. *Le pèlerinage à Compostelle en Belgique et dans le nord de la France, suivi d'une étude sur l'iconographie de Saint-Jacques en Belgique*, Bruxelles (Acad. royale de Belgique, Classe des Beaux Arts. Mémoires in 4^o, 2^e série, XIII).
- GILLIODTS-VAN SEVEREN L., 1874-1875. Le premier règlement de l'hôpital Saint-Jean à Bruges, *La Flandre*, VI, p. 55-90.
- IMBERT J., 1947a. *Les hôpitaux en droit canonique*, Paris (L'Église et l'État au Moyen-Âge, VIII).
- IMBERT J., 1947b. Le régime juridique des établissements hospitaliers du Nord de la France au Moyen-Âge, *Revue du Nord*, XXIX, p. 195-204.
- KAWAHARA A., 1995. Imagining Medieval Charity : Social Ritual and Poor Relief in Late Medieval Ghent, *The Journal of social Sciences and Humanities* (Tokyo Metropolitan University), n^o 257 (Historical Studies 23, mars 1995).
- LITTLE L.K. 1974. L'utilité sociale de la pauvreté volontaire. In : *Études sur l'histoire de la pauvreté (Moyen Âge-xv^e siècle)*, Paris, p. 447-459.
- MARÉCHAL G., 1966. Het Sint-Annahospitaal te Sint-Baafs te Gent, *Annales de la Société Belge d'Histoire des Hôpitaux*, IV, p. 31-50.
- MARÉCHAL G., 1976. Motieven achter het ontstaan en de evolutie van de stedelijke hospitaalen in de 12de en 13de eeuw. In : *Septingentesimum iubilaeum hospicii dicti Belle*, Ieper, p. 11-34 (Bijdragen tot de geschiedenis van de liefdadigheidsinstellingen te Ieper).
- MARÉCHAL G., 1978. *De sociale en politieke gebondenheid van het Brugse hospitaalwezen in de Middeleeuwen*, Kortrijk-Heule (Anciens Pays et Assemblées d'États, LXXIII).
- MARÉCHAL G., 1984. Het openbaar initiatief van de gemeenten in het vlak van de openbare onderstand in het noorden van het land tijdens het Ancien Régime. In : *L'initiative publique des communes en Belgique. Fondements historiques (ancien régime)*, Bruxelles, Crédit Communal, p. 497-539 (Collection Histoire, série in-8^o, n^o 65).
- MILIS L., 1982. Kerkelijk en godsdienstig leven circa 1070-1384. In : *Algemene Geschiedenis der Nederlanden*, 3, p. 165-211.
- MOLLAT M., 1970. Les pauvres et la société médiévale. *XIII^e Congrès international des sciences historiques*, Moscou.
- MOLLAT M., 1973. Armen in de middeleeuwen, *Spiegel historiael*, VIII, p. 274-285.
- MUS O., 1972. *Inventaris van het archief van de commissie van openbare onderstand Ieper. Oud regime zonder de oorkonden*, Ieper (Bijdragen tot de geschiedenis van de liefdadigheidsinstellingen te Ieper, XI).
- MUS O., 1974. Rijkdom en armoede. Zeven eeuwen leven en werken te Ieper. In : *Prisma van de Geschiedenis van Ieper*, Ieper, p. 1-27.
- MUS O., 1976. Godshuizen en economie. Motieven en achtergronden bij de stichting van het Godshuis Belle te Ieper, Ieper. In : *Septingentesimum iubilaeum hospicii dicti Belle*, Ieper, p. 55-95 (Bijdragen tot de geschiedenis van de liefdadigheidsinstellingen te Ieper).
- PLATELLE H., 1970. La vie religieuse. In : TRENARD L. (dir.), *Histoire de Lille*, Lille.
- PYCKE J., 1970. Documents relatifs à l'administration de l'hôpital capitulaire de Notre-Dame de Tournai au XII^e et au XV^e siècle, *Annales de la Société Belge d'Histoire des Hôpitaux*, VIII, p. 3-53.
- REICKE S., 1932. *Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter*, Stuttgart (2^e éd., Amsterdam 1970).
- TITS-DIEUAIDE M.-J., 1975. Les tables des pauvres dans les anciennes principautés belges au Moyen Âge, *Tijdschrift voor Geschiedenis*, 88, 4, p. 562-583.

TREXLER R.C., 1974. Charity and the Defense of Urban Elites in the Italian Communes. *In: The Rich, the Well Born and the Powerful*, Urbana.

VIAENE A., 1962. *Leprozen en leprozerijen in het oude graafschap Vlaanderen*, Brugge, Gidsenbond ; *ou* : Leprozen en leprozerijen in het oude graafschap Vlaanderen, *Collationes Brugenses et Gandavenses*, VII, 1961 p. 289-314 et 555-561 ; VIII, 1962, p. 122-127.

UYTTEBROUCK A., 1968. Séquestration ou retraite volontaire ? *In: Mélanges offerts à G. Jacquemyns*, Bruxelles, Institut de Sociologie, p. 615-632.

VAN DRIESSCHE Th., 1992. Het Hebberechtshospitaal in het Sint-Pietersdorp te Gent : functie en ontwikkeling van een middeleeuws proveniershuis, *Handelingen der Maatschappij voor Geschiedenis en Oudheidkunde te Gent, nieuwe reeks*, XLVI, p. 47-79.

VLEESCHOUWERS C., 1971. Het beheer van het O.L.Vrouw-hospitaal te Gent en de stichting van de Cisterciënserinnenabdijen O.L.Vrouw-ten-Bos (1215) en Bijloke (1228) door uten Hove's, *Annales de la Société Belge d'Histoire des Hôpitaux*, IX, p.11-34.

Hôpitaux et léproseries entre Meuse et Rhin : approches spatio-temporelles

Michel PAULY

Le projet de recherche

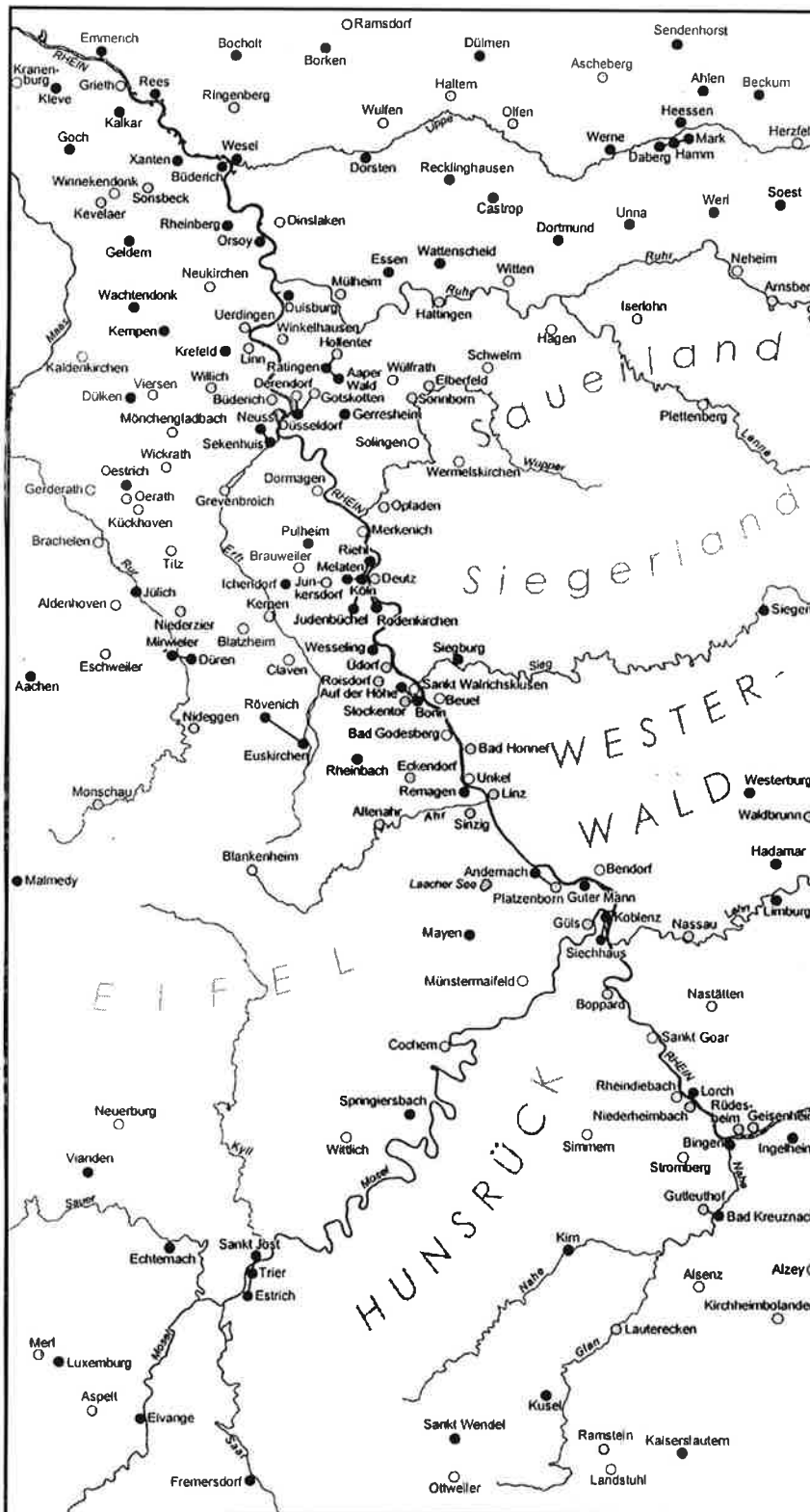
Fin 2002 a pris fin un grand projet de recherche interdisciplinaire subventionné durant quinze ans par la *Deutsche Forschungsgemeinschaft* et localisé à l'Université de Trèves, qui avait pour titre : « Entre la Meuse et le Rhin : relations, rencontres et conflits dans une région centrale de l'Europe de l'Antiquité tardive au XIX^e siècle ». Le sous-projet B.11, qui n'a démarré que le 1^{er} janvier 1997, était consacré aux *Hôpitaux et léproseries dans la région Rhin-Moselle-Meuse au Moyen Âge*. Comme pour l'ensemble du projet, il s'agissait en premier lieu d'étudier les aspects spatiaux des institutions hospitalières : répartition spatiale d'un phénomène, relations de centralité, relations disperses c'est-à-dire non continues, localisation dans le plan de la ville... À cet effet nous avons en premier lieu systématiquement répertorié toutes les institutions charitables qui s'occupaient de malades, d'infirmités, de pauvres, d'orphelins, de vieillards, de pèlerins et d'étrangers dans tout l'espace concerné par le projet, à savoir la région entre la Meuse et le Rhin, entre la Gueldre, la Westphalie et les Vosges, du VII^e au début du XVI^e siècle, donc essentiellement dans les diocèses de Cologne, Liège, Trèves, Metz, Verdun, Toul, Strasbourg, Spire, Worms, Mayence et Bâle.

Pour chaque institution nous avons dressé un inventaire informatisé qui renseigne sur toute une série de données, pour autant qu'elles soient disponibles :

- la date de la création de l'hôpital, la durée de son existence, les dates importantes dans sa gestion ou de la modification de son statut,
- ses fondateurs, ses gestionnaires,
- ses fonctions,
- ses ressources,
- sa localisation,
- la titulature de sa chapelle,
- l'intervention des autorités civiles municipales et/ou nationales, ...

Toutes ces données ont ensuite été cartographiées pour voir si telle évolution suit certaines vagues, si elle se répand selon certaines voies. D'où provient par exemple la titulature de Saint-Nicolas attestée pour de nombreux hôpitaux ? Comment s'est répandu dans l'espace et dans le temps l'Ordre teutonique ou celui des Antonistes ? Où a commencé la reprise de la gestion des hôpitaux par les autorités municipales et comment s'est propagée cette modification dans les statuts de nombreuses institutions ?

Léproseries en Rhénanie (12^e - 18^e siècle)



○ Léproserie
 ● lieu d'appartenance

Première mention d'une léproserie

| | |
|---------------|---------------|
| ■ avant 1350 | ▨ 1551 - 1800 |
| ■ 1351 - 1550 | □ non daté |

0 25 50 km

Esquisse et Cartographie: Martin Uhrmacher, Trèves 2003

À l'occasion du colloque Archæologia Mediævalis 2002, j'ai choisi de traiter de deux aspects qui pourraient intéresser les archéologues pour replacer leurs fouilles sur un site hospitalier dans un contexte géographique et historique plus large, à savoir la distribution des institutions charitables au niveau régional et sur le plan local¹.

La distribution des hôpitaux dans l'espace

1. Les léproseries

Mon collaborateur Martin Uhrmacher s'occupe plus particulièrement des léproseries (UHRMACHER, 1998 et 2000). En Rhénanie, il en a compté 182 dans un espace allant de la Sarre au sud jusqu'au nord de la Lippe en Westphalie (voir carte) ; pour 34 d'entre elles la datation ou l'existence restent sujettes à caution. Les léproseries, encore appelées maladreries ou ladrerries, constituent une forme spéciale d'institution hospitalière et une des plus vieilles dans notre région, puisque les plus anciennes sont évoquées dans le testament d'Adalgisel-Grimo de 634. L'*Edictus Rothari*, qui date de la même époque, désigne les lépreux comme des *morts vivants*. Les malades de la lèpre étaient juridiquement considérés comme morts, ils étaient incapables d'ester en justice et de faire valoir leurs droits d'héritiers. Ils étaient donc exclus de la société humaine : exclusion tant juridique que matérielle puisqu'ils devaient quitter domicile et ville et vivre à l'écart. La peur d'une contagion de cette maladie généralement mortelle expliquait sans doute largement cette exclusion sociale absolue, même si les historiens de la médecine s'accordent aujourd'hui pour mettre en doute le caractère contagieux de la lèpre.

Cette situation juridique des lépreux, telle que définie par l'*Edictus Rothari*, n'allait plus changer avant le XIII^e siècle. C'était l'Église qui en conséquence allait s'occuper des lépreux, et

cette charge incombait plus particulièrement aux évêques comme le montre le testament d'Adalgisel-Grimo au VII^e siècle, puisque les trois léproseries qui y sont citées étaient établies dans des villes épiscopales : Metz, Maastricht et Verdun. À cette époque, les léproseries étaient loin de constituer un dense réseau couvrant l'espace dans sa totalité.

Ce réseau ne se mit en place qu'à partir du X^e siècle, parallèlement à l'essor démographique qui n'allait pas seulement entraîner l'essor urbain bien connu en Europe occidentale, mais précisément aussi une forte augmentation du nombre des lépreux. Dans les villes de plus en plus nombreuses, le danger de contagion augmentait et d'autre part il fallait trouver des moyens d'isoler les malades tout en les approvisionnant et en les contrôlant. Le concile du Latran III (1179) allait créer la base canonique pour les léproseries qui étaient désormais autorisées à disposer de chapelles et de cimetières ainsi que de prêtres pour la cure des âmes de ces moribonds.

Désormais, des léproseries aux abords des villes, disposant de maisons en dur, allaient prendre le relais des maladreries rurales (*leprosis in campis*) constituées de cabanes primitives souvent brûlées après la mort du lépreux. Ce processus débuta aux alentours des villes en pleine expansion du XIII^e siècle : 10 des 18 léproseries dont l'existence peut être démontrée avant 1350 se trouvent aux abords de villes importantes comme Cologne (1180), Aix-la-Chapelle (1230), Luxembourg (1238 : transfert du sud au nord de la ville), Dortmund (1263), Coblenche (1267), Soest (1277), Trèves (1283 : deux léproseries), Essen (1323), Kaiserslautern (1350). On peut constater en outre une certaine concentration le long des deux plus importantes voies de communication : le long du Rhin (Lorch, Coblenche, Remagen, Cologne) et le long du Hellweg, de la route qui relie la région de la Ruhr à la Westphalie (Essen, Dortmund, Werl, Soest, à quoi viendront s'ajouter après 1350 Duisburg, Wattenscheid, Unna). Dans ces villes commerçantes et florissantes se concentraient non seulement un nombre accru de malades de

¹ Entre-temps, les recherches ici décrites ont fait l'objet de deux monographies : PAULY, 2007 et UHRMACHER, 2006.

la lèpre ayant besoin d'être isolés, logés et approvisionnés, mais y étaient aussi disponibles, grâce à leur essor économique, les richesses nécessaires pour fonder et financer durablement des institutions de bienfaisance. Par contre les léproseries dans le coin sud-ouest de la région analysée (Aix-la-Chapelle, Malmedy, Vianden, Echternach, Luxembourg, Elvange, Trèves), plutôt à l'écart des grandes voies de communication à cette époque précoce, pourraient être dues à la proximité de la France où la vague de fondations de léproseries débuta dès le milieu du XII^e siècle.

À partir de 1350, on observe une nette densification du réseau des léproseries. On pourrait parler d'un véritable « boom » des fondations de maladreries. Comme la date de la première mention d'une léproserie dans les documents conservés n'est que rarement celle de la fondation, puisque cette première mention est souvent fortuite, et que la documentation de la plupart des léproseries est plutôt mince, il faut supposer en général une fondation bien antérieure à cette mention. La carte reflète donc à notre avis un état de la diffusion des léproseries atteint dès la période 1350-1500, même si à peu près la moitié des premières mentions ne datent que d'après 1500. Deux faits viennent étayer cette hypothèse : d'une part le réseau urbain s'est achevé entre le XIII^e et le XV^e siècle, et d'autre part la lèpre a atteint son point culminant vers 1350. Entre 1350 et 1400, on assiste déjà au début du processus qui allait conduire à la disparition progressive de cette maladie en Europe. Il semble alors peu probable que le nombre accru de premières mentions de léproseries corresponde à une réelle vague de fondations.

L'étroite connexion entre la fondation d'hôpitaux et le développement du phénomène urbain se voit fort bien dans les régions où les léproseries se sont faites de plus en plus denses : au nord de l'Eifel et du Sauerland, dans les plaines fertiles des bassins de Cologne, du Bas-Rhin et de Munster. Ici s'était formé un réseau très dense de petites et moyennes villes qui disposaient toutes dès le début du XIV^e siècle de leurs propres léproseries. Une évolution

semblable peut être supposée le long du Rhin et de certains affluents comme la Moselle, la Lahn et la Nahe, ainsi que dans le Palatinat, si l'on y voit l'augmentation du nombre de léproseries. Par contre les taches blanches des régions de moyenne montagne du Hunsrück, de l'Eifel, du Westerwald et du Sauerland sont tout aussi significatives : on n'y trouve pas de léproseries. Dans ces régions rurales peu peuplées, la cabane champêtre a dû être le cadre de vie habituel des lépreux. Comme Martin Uhrmacher concentre ses recherches sur la Rhénanie, un travail parallèle reste à faire pour la Belgique (pour la France, voir TOUATI, 1996).

2. Les hôpitaux

Pour les hôpitaux — et il faut comprendre par là toute institution charitable qui s'occupait soit de malades, de pauvres, de pèlerins, de vieillards ou d'autres infirmes —, je me limiterai à l'espace compris entre Aix-la-Chapelle au nord et Mulhouse au sud, Mézières à l'ouest et Spire à l'est, dans lequel j'ai inventorié jusqu'à présent quelque 510 institutions, alors que ma collaboratrice Jutta Grimbach, qui prépare une thèse de doctorat sur les régions plus septentrionales allant jusqu'à Nimègue et à la Westphalie (GRIMBACH, 1999), en a compté plus de 300 supplémentaires. Dans le cadre de la présente communication, je prendrai essentiellement des exemples tirés de la Wallonie orientale, de l'Eifel, du Luxembourg et de la Lorraine du nord (voir extrait de carte).

Nous pouvons d'ores et déjà tirer de notre fichier la conclusion que la densité de l'infrastructure hospitalière était très forte dans tout l'espace pris en considération, mais surtout dans trois régions, à savoir l'Alsace, la vallée du Rhin moyen et le bassin de la Meuse : trois zones à haute densité urbaine également. La Lorraine française est bien fournie également. Jean-Luc Fray, qui a étudié cette dernière (FRAY, 1997, p. 407-426), appelle la Meuse entre Neufchâteau et Stenay un véritable « boulevard des hôpitaux », avec un hôpital tous les 17,5 km en moyenne, et sur le territoire aujourd'hui belge la densité est plus forte

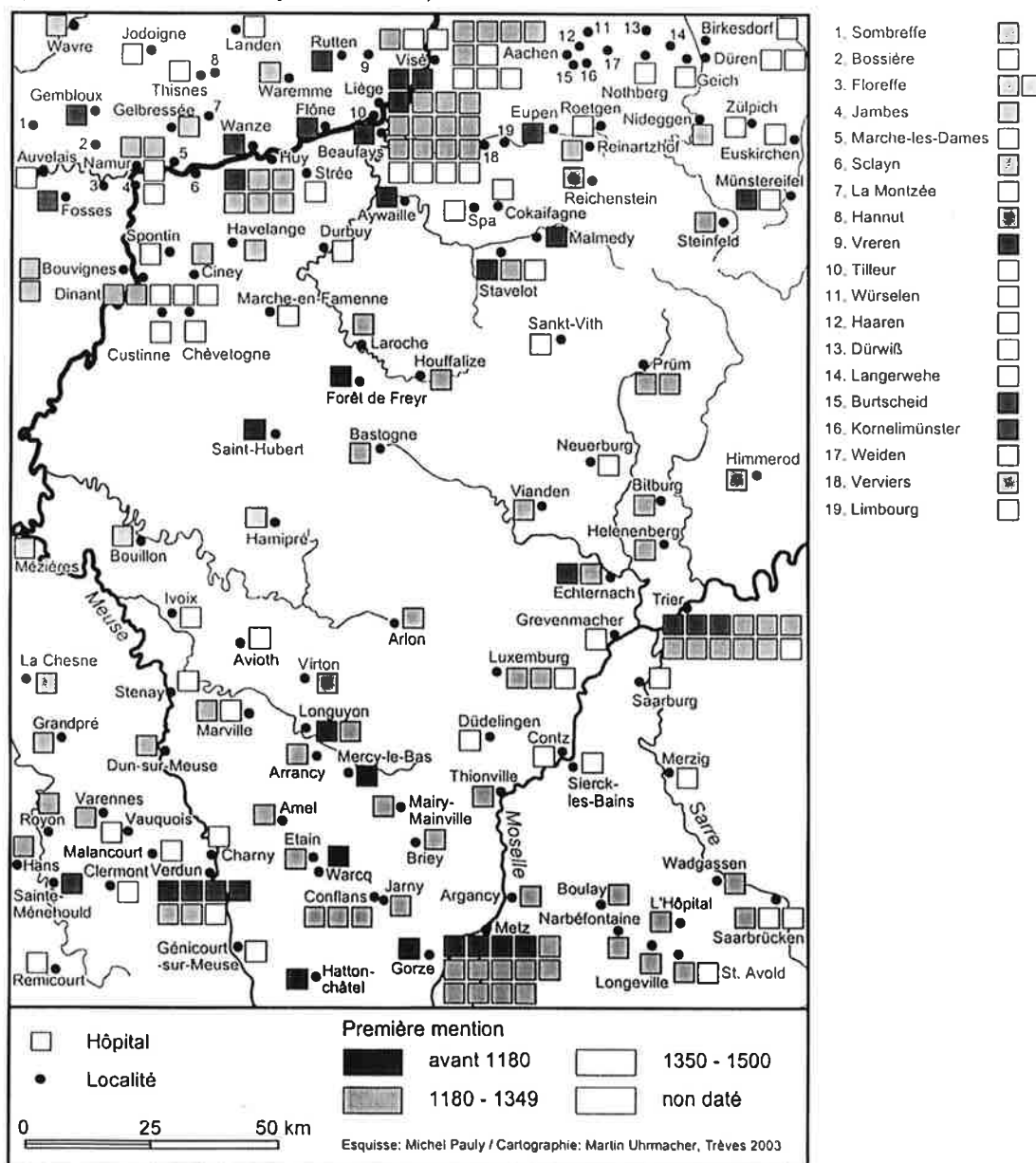
encore. Avec 17 hôpitaux, Liège est même la ville la mieux équipée de tout l'espace considéré. Le long de l'axe Meurthe-Moselle, de Lunéville à Trèves, les hôpitaux se succèdent tous les 12 km en moyenne. Jean-Luc Fray relève un phénomène étonnant, c'est que le long de cet axe, deux tiers des hôpitaux se trouvent dans des centres urbains de forte centralité (Metz, Pont-à-Mousson, Nancy, Toul, Lunéville, Saint-Nicolas-de-Port, Rosières...),

alors que la moitié des institutions hospitalières de la vallée mosane étaient situées en rase campagne ou dans de petits villages. Et c'est vrai aussi pour la Meuse belge.

D'autres régions sont plus pauvres en établissements hospitaliers : les mêmes que celles où il n'y pas de ville, des zones forestières peu peuplées comme les Ardennes, l'Eifel et le Hunsrück, le Palatinat, les Vosges.

Hôpitaux entre Meuse et Moselle (avant 1500)

(état de la recherche: janvier 2003)



Mais les hôpitaux n'y sont pas absents et même précoces : on en trouve surtout, voire uniquement auprès d'abbayes ou de chapitres : dans nos régions, je citerai du VII^e au XII^e siècle Longuyon (634), Echternach (698), Münstereifel (844), Stavelot (862), Flône (1080), Malmédy (1105), Rolduc (1118), Beaufays (1123), Wanze (1127), Burtscheid (1133), Gembloux (1133), Laach (1163), Kornelimunster (1178) et j'en passe. Ce sont à ce moment toutes des localités qu'on ne peut pas encore appeler villes. À Fosses, la légende, écrite au XVI^e siècle, (BORNET, 1867, texte n° 3) raconte expressément que *cum tota regio inculta et sylvosa iaceret a Namurco ad Nivellas usque, et a Fossis usque ad Hannoniam nihil erat nisi vasta solitudo*, il fallait y créer un *monasterium ad perpetuum peregrinorum hospitium (...) non pro quibusvis pauperibus vel hominibus, sed tantum peregrinis (...)* Et à Steinfeld dans l'Eifel, les textes (JOESTER, 1976, textes n°s 55 et 56) précisent *quod in Coloniensi diocesi est quaedam ecclesia canonicorum ordinis Praemonstratensis Steinfeld dicta, religione praecipua, in sterili quidam sita provincia, sed omnibus transeuntibus hospitalitatis beneficio exposita*. Souvent ces hôpitaux précoces (ou faut-il dire ces monastères) se trouvent d'ailleurs près d'un pont, le long d'une route de pèlerinages. Ça vaut même pour de petits hospices comme ceux de Flône, non loin d'un pont sur la Meuse (DEREINE, 1952, p. 109), ou de Wanze, près d'un pont sur la Méhaigne (DEREINE, 1952, p. 218). En 1430 encore, Jean de Schoonvorst, seigneur de Montjoie, encourage la fondation d'un hospice au milieu des Hautes-Fagnes, à la Mulartshutte, près d'un gué sur la Vicht que traverse la route des pèlerins qui vont de Trèves et Prüm vers Kornelimünster et Aix-la-Chapelle (BRANS, 1995, p. 272 et suiv). Plus rares sont les hospices pour pèlerins situés au milieu de la forêt, sans attache à un monastère. On peut citer le cas de l'hospice de la Forêt de Freÿr (KURTH, 1903, texte n° XCI), mais il n'est plus attesté après 1152, ou encore celui de la forêt du Warndt construit vers 1210 par l'abbaye de Weiler-Bettlach et qui donnera naissance à la localité appelée L'Hôpital près de Freyming-Merlebach (TRAPP, 1996, p. 167 et 305).

Dans les villes, les premiers hôpitaux sont d'une part l'hôpital épiscopal près de la cathédrale à Liège (1042) et à Trèves (1124), et situé en dehors de l'immunité épiscopale à Metz (1206) et sans doute aussi à Toul (1183), et d'autre part surtout, et souvent plus précoces, les hôpitaux auprès de monastères suburbains, en dehors du noyau urbain proprement dit : Saint-Èvre (836) et Saint-Léon (1091) à Toul, Saint-Maximin à Trèves (888), Saint-Arnoud à Metz (952), Saint-Vanne (952) et Saint-Paul (970) à Verdun, Saint-Laurent à Liège (1159).

Dans une deuxième phase qui va de 1180 à 1250, et qu'on peut appeler une véritable phase de démarrage si l'on observe l'évolution du nombre des premières mentions, on assiste encore à l'apparition d'hôpitaux abbaciaux ou auprès de chapitres comme à Floeffe (1212), Fosses (1217), Steinfeld (1219), Himmerod (1231), mais aussi à une première vague d'hôpitaux proprement urbains (PAULY, 1995-96, p. 93-126) : dans notre région, ils apparaissent à Echternach (1207), Houffalize (1216), Dinant (1217), Luxembourg (1221), Namur (1229), Bastogne (1237), Vianden (1248), Bouvignes (1253), Arlon (1262), Huy (1263), Bitbourg (1295) sans parler des grandes villes comme Liège ou Metz où c'est déjà le deuxième ou troisième hôpital qui est mentionné à cette époque.

Dans une troisième vague, la création d'hôpitaux se fait le long de certaines routes terrestres : par exemple celle qui va de Trèves à Aix-la-Chapelle (par Helenenberg, Bitbourg, Reichenstein, Roetgen, Kornelimünster) ou de là vers Cologne. En Ardenne, on trouve les hôpitaux uniquement le long de la route qui passe de Luxembourg par Arlon-Bastogne-La Roche puis par Marche vers Namur ou par Durbuy vers Huy et le Brabant et de celle qui descend de Liège par Marche, Saint-Hubert, Neufchâteau/Hamipré vers Marville et Verdun. Ces routes créent des hôpitaux dans des régions pauvres en villes où les hôpitaux restent plutôt rares.

C'est donc à partir du XII^e et surtout du XIII^e siècle que les hôpitaux deviennent un

phénomène presque purement urbain. Dans les villes où l'on observe les premiers établissements hospitaliers, on constate que ceux-ci restent rarement isolés : dans ces villes, trois à quatre hôpitaux sont fondés jusqu'à la fin du Moyen Âge. Parmi les villes moyennes de la région, seule Luxembourg n'a pas d'hôpital avant le XIII^e siècle, ce qui confirme bien le développement assez tardif du caractère urbain de cette localité.

Dans une dernière phase, de 1350 à 1500 — mais je ne peux préjuger de ce qui se fit dans la suite et que nous n'avons plus pris en compte —, le nombre des nouvelles mentions stagne, mais ne tombe pas. Ce sont essentiellement des institutions établies dans de petites localités qui viennent encore densifier le tissu. En région mosane, je citerai Strée (1351), Marche-les-Dames (1384), Auvelais (XIV^e siècle), Bossière (1442), Custinne (1443), Thisnes (1449), Chèvetogne (1451), Spontin (1480), Lamontzée (1497). C'est le cas aussi pour la plupart des hôpitaux qui se créent sur la route des pèlerins qui vont d'Aix-la-Chapelle à Cologne ou vice versa. Ces hôpitaux n'ont très souvent que deux ou trois lits, destinés à des passants qui n'ont le droit d'y passer qu'une seule nuit. Citons à titre d'exemple (PIRLOT, 1930, p. 311 et suiv.) la fondation de Jean de Juppleu, seigneur de Chèvetogne, qui, en 1451, donna une maison avec ses dépendances, située à Chèvetogne sur la voie bien fréquentée du Haut-Conduit qui mène de Saint-Hubert à Namur, à Stienne Stenat et à ses héritiers à condition que *la dite maison tenront et seront tenus à tousjours de logier et herbegier, tant que deuzes [deux] lits seront stophéis [pourvus de rideaux] et de chauffer tous pauvres passans et repassans, qui l'hosteilt pour Dieu demanderont.*

Dans les villes, grandes ou moyennes, par contre, c'est le troisième ou sixième hôpital qui apparaît à ce moment dans les sources, ou alors il s'agit de localités dont le développement urbain était plus tardif — comme à Grevenmacher en 1418 (PAULY, 1995-96, p. 114 et suiv.) ou à Marche en 1471 (PAULY, 1995-96, p. 116 et suiv., et PAULY, 1995, p. 35-

44) — et l'hôpital vient parfaire l'offre de fonctions centrales qui finit par élever ces localités au rang de villes. Dans certains cas, c'était même trop tard : à Durbuy, une donation faite en 1457 en faveur de la construction d'un hospice tourna sans doute court (PAULY, 1995-96, p. 116) : il n'y pas d'autre témoignage de la réussite de cette fondation dans une ville qui a dépassé à ce moment le point culminant de son développement.

La localisation des hôpitaux en ville

On vient de voir qu'en ville les plus anciens hôpitaux sont en général d'origine épiscopale — ils sont alors urbains par définition — ou abbatiale et ils sont alors souvent situés devant la ville. Dans le cas de l'abbaye de Saint-Arnould, cet endroit de l'hospice est explicitement justifié, dès 952, lorsque l'évêque de Metz Adalbéron I^{er} lui fait plusieurs donations, par l'accueil des nombreux visiteurs, riches et pauvres, qui fréquentent la ville (Histoire, 1775, p. 69 et suiv.). Les deux types d'hôpitaux, épiscopaux et abbatiaux, sont d'ordinaire situés à l'intérieur d'une zone d'immunité. Outre Saint-Arnould de Metz, c'est le cas à Liège avec l'hôpital fondé par l'évêque Wazon aussi bien que pour celui de l'abbaye Saint-Laurent qui restera toujours devant les murs (DE SPIEGELER, 1987, p. 42, 46, 65), à Verdun pour l'hôpital de l'abbaye suburbaine de Saint-Vanne, plus tard aussi Saint-Maur, à Trèves pour l'abbaye de Saint-Maximin devant les murs, à Toul pour l'hôpital dans l'enceinte de la collégiale Saint-Léon, mais aussi à Huy où l'hôpital cité dès 1066 se trouvait dans l'*atrium* ou *claustrum* de la collégiale (DISCRY, 1951-54, p. 350-356 et 1955, p. 26-82). Et le nom même de Saint-Mathieu-à-la-Chaine donné au nouvel hôpital de Liège dépendant du chapitre cathédral (DE SPIEGELER, 1987, p. 66 et 68) précise qu'il se trouvait à la limite du cloître de Saint-Lambert, fermé avec une chaîne.

Une deuxième vague d'hôpitaux sont situés soit devant les remparts, soit à l'intérieur, mais immédiatement près d'une porte de la ville. Cette situation nous dit déjà qu'ils doivent avoir

été fondés après la construction du mur d'enceinte, donc à un moment où le caractère urbain de la localité était déjà nettement affirmé. Ces hôpitaux sont en général des hospices pour pèlerins et autres voyageurs. C'était le cas à Namur, où le premier hôpital se situait face au pont de la Meuse, devant la porte Notre-Dame, avant qu'il ne soit déplacé (cfr communication E. Bodart). C'était encore le cas à Huy avec les hôpitaux Saint-Michel et Saint-Quirin, situés le long de la Grande Strée en direction de la Hesbaye (JORIS, 1989, p. 386 et suiv.), à Liège (DE SPIEGELER, 1987, p. 70) pour les hospices Sainte-Agathe et Saint-Christophe, tous les deux situés devant des portes en direction de la Hesbaye et de Huy, et Saint-Jean-Baptiste ou Saint-Abraham le long de la route de Visé et de Maastricht, ou pour les hôpitaux de Houffalize, Marville,... Le cas de Bitbourg est très bien documenté (PAULY, 1995-96, p. 105 et suiv.). Cette ville d'origine romaine était située sur la route Trèves-Cologne, empruntée entre autres par les pèlerins qui se rendaient du bassin liégeois à Saint-Matthias de Trèves et par ceux de la vallée mosellane qui faisaient le pèlerinage d'Aix-la-Chapelle. Comme Bitbourg ne disposait pas d'autre institution religieuse, l'hospice était le seul endroit où loger des voyageurs qui ne pouvaient se payer une auberge privée. Or, il y était construit à la fin du XIII^e siècle, sur initiative d'un riche bourgeois, devant la porte méridionale de la ville. Les chartes épiscopales d'approbation disent explicitement que l'hôpital est *valde necessarium et oportunum utpote in via communi et publica situatum* (1296) et elles parlent des *transeuntes* qui n'ont d'autre occasion pour passer la nuit. À Luxembourg aussi le premier hôpital pourrait avoir été situé près de la principale porte de la ville haute et consacré à Saint-Nicolas, mais cette hypothèse repose sur une base documentaire plus que ténue (MARGUE & PAULY, 1995, p. 27-29). Le deuxième hôpital mentionné à Luxembourg, celui de Sainte-Élisabeth situé au Grund, est proche de la porte de la ville en direction de Thionville-Metz (MARGUE & PAULY, 1995, p. 30 et suiv.). Très souvent ces hôpitaux assez précoces, construits hors les murs, ont ensuite été intégrés dans le tissu urbain par la

construction de nouveaux remparts, comme à Bitbourg par exemple, ou l'hospice Saint-Jean-Baptiste en Féronstrée à Liège construit devant le premier rempart mais inclus dans le deuxième, alors que Saint-Christophe restera en dehors des murs (DE SPIEGELER, 1987, p. 87).

Un des plus beaux exemples de ce type d'hôpitaux est peut-être celui du Saint-Esprit à Mayence (MAYER & STEFFENS, 1992) : d'abord situé dans l'immunité de l'église majeure, donc sans doute d'origine épiscopale, il a été transféré en 1236, sur initiative des bourgeois, vers le quartier marchand de la ville, où furent construits plus tard aussi l'hôtel de ville et la halle, officiellement parce qu'il aurait été *necessitatibus infirmorum et commodo minime aptum*, en vérité parce que le transfert permit aux bourgeois d'affirmer leur pouvoir face à l'évêque. Au moment de la construction du mur d'enceinte celui-ci a été interrompu sur toute la longueur de l'hôpital, de façon à ce que des voyageurs arrivant après la fermeture des portes de la ville pussent quand même y trouver refuge. Et lorsque le mur fut reconstruit de sorte à englober l'hôpital tout comme le nouvel hôtel de ville adjacent, on aménagea quand même un accès direct au coin où saillait au premier étage le chœur de la chapelle et où au rez-de-chaussée se trouvait une petite porte permettant l'accueil de voyageurs tardifs.

Bien plus tard encore, aux XIV^e et XV^e siècles, par exemple à Marville, à Virton, à La Roche et à Neuerburg dans l'Eifel, des hôpitaux furent construits en dehors des murs et donnaient parfois naissance à des faubourgs.

Une troisième vague d'hôpitaux, chronologiquement de peu postérieure à la deuxième, voit leur création de nouveau au centre-ville, même sur la place du marché ou à côté de l'hôtel de ville. Ce sont presque toujours des hôpitaux fondés par la communauté bourgeoise, les échevins ou le conseil urbain. Le Grand Hôpital à Huy, fondé en 1263, est un bel exemple de ce type d'institution, bien étudié par Raoul Van der Made. Il se trouvait juste en dehors de l'encloître du chapitre collégial, à l'intérieur du

castrum primitif, dans la paroisse Saint-Étienne (la plus ancienne de la ville, mentionnée dès 1066), près de la maison des échevins (JORIS, 1959, p. 194 et 389 ; VAN DER MADE, 1960, p. 18). Après son déplacement, le Grand Hôpital de Namur aussi est situé au pied du château, en plein centre-ville (cfr communication E. Bodart). Dans la même ville, l'hôpital Saint-Jean, de la paroisse du même nom, et qui semble avoir été plus qu'une table des pauvres, était situé au marché outre Sambre ; il est vrai qu'il sera supprimé en 1312 pour permettre l'essor du Grand Hôpital (BODART, 1998, p. 8 et suiv.). À Aix-la-Chapelle les autorités urbaines fondèrent en 1336 un hôpital au *Radermarkt* ; l'ancien hospice pour pèlerins Saint-Martin, situé près de la porte de Cologne, a été réuni à ce nouvel hôpital. Ces hôpitaux situés au centre de la ville ont bien sûr une autre fonction (PAULY, 2002, p. 87-102) que ceux situés près des portes : ils ne doivent pas héberger en premier lieu des voyageurs, mais des citoyens, pauvres, malades ou simplement âgés. Officiellement fondées pour accueillir les pauvres et les malades, ces institutions changent très souvent assez vite de caractère : des bourgeois plus ou moins fortunés — certains hôpitaux font la distinction entre riches et couches moyennes — s'y achètent une prébende donnant droit à l'hébergement et à la nourriture jusqu'à la fin de leurs jours. Ce qui n'empêche pas le conseil communal de Huy par exemple de rappeler régulièrement à l'ordre le maître de l'hôpital pour qu'il limite le nombre des prébendiers et fasse place aux véritables pauvres selon les vœux des fondateurs du Grand Hôpital (VAN DER MADE, 1960, p. 107 et suiv.).

Les hôpitaux d'une quatrième vague sont également situés en ville, mais ils sont l'œuvre de riches bourgeois qui prennent une initiative privée de fonder un hospice. Les premiers exemples de ce type dans nos régions — y devançant même les premiers hôpitaux communaux connus — semblent être les hôpitaux fondés par de riches bourgeois respectivement en 1207 et en 1237 à Echternach au pied de la colline paroissiale et à Bastogne dans la rue principale à proximité du marché (PAULY, 1995-96, p. 96 et 102).

Ils ne sont pas situés sur la grand-place, mais en général à l'intérieur d'un quartier résidentiel. Souvent ce sont des maisons d'habitation transformées en hôpital. Leur emplacement est aléatoire, car tributaire des biens-fonds de leurs fondateurs. Citons-en trois exemples du XIV^e siècle. En 1329, l'échevin Jean Mottet et sa femme fondèrent un hôpital à Huy sur un terrain qui leur appartenait : *in fondo suo... in vico dicto Sononruwe in parochia sancti Mauri*, c'est-à-dire devant les remparts du XIII^e siècle (MARCHANDISSE, 1989, p. 263-278). En 1336, Jean Mostarde, du consentement de sa nièce Maron, fit don (YANS, 1946, p. 539, §1) de *ma maison que on dist delle draggon (...) seante en la dicte ruwe de Pont en laquelle ju demoire*, ainsi que d'une maison contiguë, situées donc dans la rue du pont de Meuse au centre de Liège, pour fonder un hôpital afin *d'y herbergir de nuit tous povres trespassans, deventrains et afforains, et faire à eaux œuvres de perit [pitié] et misericorde et cariteit*. En 1393, Jean Bonnechose, bourgeois de Dinant, légua par testament au chapitre Notre-Dame de Dinant une *manson où je demeure à presens (...) avoec le corthil par derier*, afin que le chapitre y institue un hôpital qui soutienne et héberge quotidiennement dix pauvres étrangers ou passants (BORMANS, 1880, texte n° 40). L'accueil de dix pauvres peut être considéré comme maximum pour ce genre de fondations qui parfois sont destinées à moins d'une demi-douzaine de personnes (cfr *supra ad* Chèvetogne), pourvu que les sources nous informent sur leurs capacités. Une fondation semblable est due à Pierre d'Osbourg, chevalier et bourgeois de Grevenmacher, qui lui donna, en 1418, une grosse maison juste près de la porte de Trèves (BERENS, 1939, p. 5-21). En destinant ces nouvelles fondations expressément aux pauvres et aux malades, leurs fondateurs cherchaient souvent à suppléer de nouveau aux lacunes causées dans les infrastructures sociales par le changement de fonction des hôpitaux dits pour pauvres que de riches prébendiers avaient accaparés (PAULY, 2002). Il est vrai que les sources nous permettent très rarement de vérifier si effectivement des soins médicaux ou du moins

paramédicaux ont été prodigués dans ces hôpitaux avant le ^{xvi}^e siècle.

Mais même des hospices pour pèlerins, dédiés souvent à Saint-Jacques, construits hors les murs, le long de grandes routes, réapparaissent au ^{xv}^e siècle parmi les nouvelles fondations, ainsi en 1427 à Liège au-delà du pont d'Avroy devant le deuxième mur d'enceinte (DE SPIEGELER, 1981, p. 205-215), à Aix-la-Chapelle en 1435 sur la route allant à Burtscheid (QUIX, 1836), en 1442 à Dinant sur la Grande Chaussée en direction du sud (BORMANS, 1880, texte n° 58), et à Namur, sur la rive gauche de la Sambre, juste devant la porte Saïenial et l'enceinte de 1200, mais fondé sans doute après la construction des nouveaux remparts de la seconde moitié du ^{xiv}^e siècle².

Conclusion

Mes conclusions seront rapides, car provisoires, puisqu'il faudra les étayer sur l'ensemble des institutions hospitalières de toute la région analysée entre Rhin et Meuse, Liège et Mulhouse : mais je pense avoir su montrer d'ores et déjà que l'emplacement même de l'hôpital est d'une part fonction de son époque de création, à la campagne ou en ville, et d'autre part qu'il peut fournir un indice de sa fonction essentielle. Et j'espère que ces indications pourront avoir leur utilité pour l'archéologue qui fouille en milieu hospitalier rural ou urbain, près des remparts ou sur la grande place.

Bibliographie

BERENS A., 1939. *500 Jahre Zivilhospiz zu Grevenmacher (1439-1939). Festschrift zum 500. Todesjahr seines Stifters*, Grevenmacher.

BODART E., 1998. *Histoire de l'hôpital du Pied-du-Château de Namur des origines à 1571*, Namur, mémoire inédit.

BORNET J., 1867. *Cartulaire de la commune de Fosses*, Namur.

BORMANS S., 1880. *Cartulaire de la commune de Dinant, t. 1 : 1060-1449*, Namur.

BRANS H. O., 1995. *Hospitäler, Siechen- und Krankenhäuser im früheren Regierungsbezirk Aachen von den Anfängen bis 1971, Bd. 1 : Hospitäler und Siechenhäuser bis zum Ende des 18. Jahrhundert*, Herzogenrath (Studien zur Geschichte des Krankenhauswesens, 37)

DEREINE Ch., 1952. *Les chanoines réguliers au diocèse de Liège avant saint Norbert*, Louvain (Université de Louvain, Recueil des travaux d'histoire et de philologie, 3^e série, fasc. 44)

DE SPIEGELER P., 1981. Les statuts de la confrérie Saint-Jacques de Liège (23 mai 1479), *BCRH*, 147.

DE SPIEGELER P., 1987. *Les hôpitaux et l'assistance à Liège (x^e-xv^e siècles). Aspects institutionnels et sociaux*, Paris (Bibl. de la Fac. de Philosophie et Lettres de l'Univ. de Liège, fasc. CCXLIX).

DISCRY F., 1951-54. Une copie de la charte hutoise de 1066, *Cercle hutois des sciences et beaux-arts. Annales*, XXIV.

DISCRY F., 1955. Les Encloîtres de Notre-Dame de Huy, *Cercle hutois des sciences et beaux-arts. Annales*, XXV.

FRAY J-L, 1997. Hospitäler, Leprosenhäuser und mittelalterliches Straßennetz in Lothringen (ca. 1200-ca. 1500), *In : BURGARD FR. & HAVERKAMP A. (dir.), Auf den Römerstraßen ins Mittelalter. Beiträge zur Verkehrsgeschichte zwischen Maas und Rhein von der Spätantike bis ins 19. Jahrhundert*, Mayence (Trierer Historische Forschungen, 39).

GENICOT L., 1988. Une ville en 1422, *In : Namur. Le site, les hommes de l'époque romaine au ^{xviii}^e siècle*, Bruxelles (Crédit communal de Belgique, coll. Histoire, série in-4^o, n° 15).

GRIMBACH J., 1999. *Das mittelalterliche Hospitalwesen in den niederrheinischen Territorien Jülich und Kleve*, Trèves, mémoire de maîtrise inédit.

² AEN, Ville de Namur, 1^{re} section, n° 12. Selon Emmanuel Bodart (lettre à l'auteur du 25 mars 2002), il faut corriger la date du copiste M III^{XX} VI en M III^o VI. Pour la localisation, voir GENICOT, 1988, p. 81 et plans.

- HISTOIRE, 1775. *Histoire générale de Metz par des religieux bénédictins*, Metz (réimpression Paris, 1974), t. III : preuves.
- JOESTER I. (éd.), 1976. *Urkundenbuch der Abtei Steinfeld*, Köln/Bonn (Publ. d. Ges. f. Rhein. Geschichtskunde, LX).
- JORIS A., 1959. *La ville de Huy au Moyen Âge. Des origines à la fin du XIV^e siècle*, Paris (Bibl. de la Fac. de Philosophie et Lettres de l'Univ. de Liège, fasc. CLII).
- KURTH G., 1903. *Chartes de l'abbaye de Saint-Hubert en Ardenne*, Bruxelles.
- MARCHANDISSE A., 1989. Les actes de fondation de l'hôpital Mottet, à Huy (XIV^e siècle), *Bulletin de la Commission royale d'histoire*, CLV.
- MARGUE M. & PAULY M., 1995. Das erste Spital in Luxemburg. Eine unerforschte Quelle zum Wirken Walrams von Monschau-Limburg und zur Geschichte der Stadt Luxemburg (1221), *Hémecht*, 47.
- MAYER U. & STEFFENS R., 1992. *Die spätmittelalterlichen Urbare des Heiliggeist-Spitals in Mainz. Edition und historisch-wirtschaftsgeschichtliche Erläuterungen*, Stuttgart (Geschichtliche Landeskunde, 36).
- PAULY M., 1995. Durbuy et Marche. Deux villes luxembourgeoises au sort peu semblable, *In : A l'abri des châteaux forts* [catalogue d'exposition], Wéris.
- PAULY M., 1995-96. Les débuts des institutions hospitalières au pays de Luxembourg aux XIII^e-XIV^e siècles, *Annales de l'Institut archéologique du Luxembourg*, CXXVI-CXXVII.
- PAULY M., 2002. Von der Fremdenherberge zum Seniorenheim : Funktionswandel in mittelalterlichen Hospitälern an ausgewählten Beispielen aus dem Maas-Mosel-Rhein-Raum, *In : MATHEUS M.* (dir.), *Funktions- und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler im europäischen Vergleich. Tagungsband des 8. Alzeyer Kolloquiums 14.-16. Oktober 1999*, Mainz.
- PAULY M., 2007 (sous presse). *Peregrinorum, pauperum ac aliorum transeuntium receptaculum*. Hospitäler zwischen Maas und Rhein im Mittelalter (VSWG-Beiheft 190), Stuttgart.
- PIRLOT A.E., 1930. Fondation d'un hospice à Chêvetogne en 1451, *Annales de la Société archéologique de Namur*, 39.
- QUIX Chr., 1836. *Das ehemalige Spital zum h. Jakob, nachher. Klarissenkloster*, Aachen.
- TOUATI Fr.-O., 1996. *Archives de la lèpre. Atlas des léproseries entre Loire et Marne au Moyen Âge*, Paris.
- TRAPP Th., 1996. *Die Zisterzenserabtei Weiler-Bettnach (Villers-Bettnach) im Hoch- und Spätmittelalter, Saarbrücken* (Veröffentlichungen der Kommission für Saarländische Landesgeschichte und Volksforschung, 27).
- UHRMACHER M., 1998. *Die Leprosorien in den Rheinlanden bis zum 18. Jahrhundert*, Trèves, mémoire de maîtrise inédit.
- UHRMACHER M., 2000. *Leprosorien in Mittelalter und früher Neuzeit*, Cologne, (Geschichtlicher Atlas der Rheinlande, Karte und Beiheft VIII/5).
- UHRMACHER M., 2006. *Leprosorien im rheinischen Raum vom 12. Bis zum 18. Jahrhundert*, dissertation inédite, Trèves.
- VAN DER MADE R., 1960. *Le Grand Hôpital de Huy. Organisation et fonctionnement (1263-1795)*, Louvain/Paris (Anciens Pays et Assemblées d'États, XX).
- YANS M., 1946. Les Archives de la Bienfaisance publique à Liège, I : L'Hôpital Mostarde, *Annuaire d'histoire liégeoise*, III.

Le cadre de vie matériel des communautés hospitalières au Moyen Âge : apports et déficiences de l'archéologie

François-Olivier Touati

Professeur d'Histoire du Moyen Âge, Université François Rabelais, Tours

À parcourir les manuels ou les sommes classiques d'histoire de l'art, d'architecture ou d'archéologie, à commencer par ceux des découvreurs — pour ne s'en tenir qu'aux seuls français, ceux d'Arcisse de Caumont (1853), de Verdier et Cattois (1857), d'Eugène Viollet-Le-Duc (1863), bientôt suivis de Casimir Tollet (1892) ou de Camille Enlart (1926) — jusqu'aux plus récentes synthèses, on ne peut qu'être frappé du caractère sommaire et volontiers schématique des pages consacrées aux édifices hospitaliers médiévaux.

Apprécié comme spectaculaire, voire révolutionnaire, par l'ampleur quantitative inédite de ses institutions d'assistance, le Moyen Âge hospitalier est resté jusqu'à l'orée des années 1960 un domaine d'étude fragmenté, ponctuel, avant d'être réinvesti par le biais de l'histoire sociale, démographique et juridique, religieuse, économique, voire pour une partie moins convaincante, médicale. Des recherches importantes ont abouti cette dernière décennie à une perception renouvelée par des études de plus

large échelle (voir l'état bibliographique par LE BLEVEC, 1999 et 2000 ; TOUATI, 1996 et 1999).

Curieusement, ce dynamisme semble n'avoir que très faiblement touché la connaissance du cadre matériel hospitalier et moins encore — à de notables, mais rares exceptions évoquées plus loin — l'approche concrète de ce cadre qui relève quant à elle de méthodes d'investigation plus spécifiquement archéologiques. « Jusqu'à présent, constatait encore en 1971 A. Van de Walle, on n'a pas accordé aux salles hospitalières l'attention qu'elles méritent, aussi bien en Belgique que dans les autres pays occidentaux ». Certes, il y a plus de 30 ans, et s'agissant ici de certains vestiges parmi les plus visibles, mais depuis ?

Aussi convient-il, avant d'énoncer quelques-unes des questions en suspens au cœur de l'histoire des hôpitaux médiévaux, de s'interroger sur ce décalage et ses implications historiographiques, donc scientifiques : à quels obstacles semble se heurter notre connaissance des réalités matérielles et qu'espérer de leur franchissement ?

Aperçus anciens

« L'histoire de l'hôpital en Europe et l'histoire de son architecture sont des domaines qui jusqu'ici n'ont pas été explorés ». Évidemment outrancière, cette préface au livre de Dankwart Leistikow sur *Dix siècles d'architecture hospitalière en Europe* publié en Allemagne en 1967 (p. 5), un an après la magistrale synthèse d'histoire hospitalière allemande de Dieter Jetter n'en était pas moins symptomatique. Car force est de constater, quel qu'en soit l'étonnement, l'indigence commune à ce sujet telle que la révélait un article, que l'on aurait espéré fondateur, paru la même année dans *Archeologia* sous la plume de Bertrand Gille sur « L'hôpital au Moyen Âge ». Le domaine aurait-il à ce point été négligé ou ignoré ? Sans attendre l'élargissement prôné par Marc Bloch à l'égard des données de l'histoire matérielle, il suffit de se pencher sur les travaux érudits du XIX^e siècle pour reconnaître l'intérêt des savants locaux (amateurs éclairés, médecins, curés, archivistes, instituteurs, libres-penseurs ou catholiques mêlés) envers les institutions de charité ou de bienfaisance de leur village : ils livrent au gré d'une myriade de bulletins, statistiques, notices, des témoignages descriptifs des plus précieux quant aux vestiges observés, n'hésitant pas à entreprendre excavations ou reconnaissance des structures cimetiérales ou bâties. On peut ainsi relever dans le seul quart nord-ouest de la France plus d'une dizaine de sites hospitaliers disparus, fouillés ou sondés au XIX^e siècle : les léproseries de Dieppe, Chartres, Châteaudun, Vendôme, Louviers par exemple, tandis que le chirurgien Broca s'adonnait à l'examen de squelettes découverts près de Saint-Lazare de Paris lors de sa démolition (Bulletin, 1876, p. 159).

Ainsi, dès les années trente, la masse des informations recueillies à l'échelle de l'Europe se trouvait disponible pour autoriser quelques tentatives de synthèse : pour la Grande-Bretagne, après la considérable collecte des données archivistiques par William Dugdale en 1830, l'identification sans précédent et la localisation des sites hospitaliers par Arthur

J. Sympson dans ses *Archaeological Essays* en 1872 — singulièrement inconnu des publications britanniques les plus récentes — suivi de Rotha Mary Clay en 1909 et Charles Mercier en 1912, avaient ouvert la voie à une exploration systématique. Möller-Christensen au Danemark entreprenait l'exploration d'inhumations médiévales avant la première fouille d'une léproserie à Naestved et l'examen ostéologique de sa population cimetiérale ; Siegfried Reicke en Allemagne, Nasalli Rocca en Italie, bientôt rejoints par Jean Imbert (1947) en France, n'abordaient en revanche la question qu'incidemment, préférant l'approche institutionnelle et juridique. Par ailleurs capitales, ces études esquivèrent pratiquement toute analyse de topographie historique ou de morphologie du bâti même si elles utilisaient une partie du travail archivistique des prédécesseurs. Vaste dépression, donc, quant à l'exploitation de cette part des gisements savants exhumés au XIX^e siècle, difficultés à rassembler leurs résultats émiétés : au mieux quelques illustrations de sites monumentaux, leur insertion fugace dans quelque monographie monumentale et touristique, au pire quelques fantasmes tels ceux d'Édouard Jeanselme en 1934, dans *son Histoire de la lèpre*, qui, s'il n'hésitait pas à aborder brièvement la question des sites et aménagements des léproseries, justifiait par exemple de manière totalement incongrue (p. 40) l'édification de la chaire extérieure de l'église de Guérande comme destinée aux lépreux...

Depuis bientôt quarante ans, un renouvellement sans pareil a affecté l'histoire hospitalière sous l'impulsion de grands pionniers : Jean Imbert, Michel Mollat en France, Adalberto Pazzini en Italie, Fernando da Silva Correia au Portugal, Paul Bonenfant en Belgique notamment (TOUATI, 1999). Soutenu et relayé par la création concomitante de sociétés savantes, au premier rang desquelles il convient de citer la Société belge d'histoire des hôpitaux, ce mouvement fécond quant à la connaissance des mécanismes de l'assistance, de son économie, de sa conception ou des attentes qu'elle a pu manifester, de sa fonction et de sa place dans les sociétés médiévales, s'est conjugué avec bonheur à l'essor des autres secteurs ou disciplines histo-

riques. Tous sauf un : celui de l'archéologie, de la reconnaissance des vestiges matériels de tout ordre à commencer par l'analyse des constructions, de leurs modèles, influences, attributions et évolutions. Une simple pesée quantitative donnera une idée de cette lacune. Une évaluation statistique sommaire pour la France, à partir du relevé des opérations archéologiques fourni tant par le Centre de Recherches archéologiques médiévales (Université de Caen-CNRS) et sa revue *Archéologie médiévale* que par l'*Annuaire du Centre national d'archéologie urbaine*, révèle pour la dernière décennie une moyenne croissante annuelle de 400 interventions de terrain : tout au plus cinq par an ont concerné un site hospitalier¹. Plus inquiétantes encore sont les conditions d'intervention : à peine plus de 10 semaines-fouilleur par site (à l'exception de celui de Tonnerre) et quasiment aucune publication exhaustive des résultats. Un simple recul en amont de cette observation, à partir de 1970, ferait chuter ces maigres statistiques dans les abysses.

Comment expliquer cette part minime d'investigation sur les données matérielles ? D'abord, jusqu'à une période fort récente, par la situation même de l'exercice archéologique, la trop grande distance de nombre de ses praticiens et de ses décideurs à l'actualité des problématiques historiques et des informations archivistiques, la faible, pour ne pas dire inexistante communication avec les historiens qu'ils devraient, d'abord et avant tout, être². L'incessante sollicitation d'urgence ou de soi-disant « sauvetage » exige une polyvalence toute théorique des personnels ; elle les conduit sans répit suffisant à l'énoncé des résultats, et sans transition des fonds de cabane de la Tène aux égouts ou aux casernes du XIX^e siècle. Enfin, ne

¹ L'Arbresle (Rhône), Bayeux, Putot-en-Bessin, Blois, Carcassonne, Tonnerre, Angers, Brie-Comte-Robert, Metz, Tours, Tournus, Troyes, Château-Thierry, Lyon, Seclin, Saint-Julien-du-Sault, Pont-Saint-Esprit.

² Il est, bien sûr, de trop rares exceptions : la conscience de cette difficile articulation vient – seulement – de susciter une rencontre au Palais des papes d'Avignon (29 nov.-2 déc. 2000) organisée par le Laboratoire d'Archéologie méridionale (UMR 6572 du CNRS) sur « Textes et archéologie monumentale : possibilités et limites d'une approche conjointe ».

faut-il pas s'étonner de l'inclination quasi-obsessionnelle vers certains types de sites, villa romaine ou motte féodale, dont le moins que l'on puisse dire c'est que les moyens engloutis sont loin d'avoir bouleversé la vision acquise par Fustel de Coulanges (1830-1889) ? La structuration précaire d'un corps professionnel et l'absence de prospective scientifiquement concertée et coordonnée rejaillissent donc sur un champ entier de l'historiographie. L'hommage qui doit être rendu à une poignée d'irréductibles revient, dans ces conditions, à saluer une clairvoyance manifestée lors de sollicitations la plupart du temps fortuites. Les circonstances sont toutefois devenues aujourd'hui plus favorables : comme le note Miri Rubin (1989, p. 42) dans un récent bilan sur le développement hospitalier en Angleterre entre 1100 et 1500, *the rise of interest in hospitals and the poor also coincided with the rise of urban history*. La mise en place de programmes de recherches consacrés à l'histoire urbaine, assorti de la création récente au sein des grandes villes de services municipaux spécialisés ouvre donc une série d'opportunités à saisir (KIRCHGÄSSNER, 2000).

Généralement regardée avec fascination par les chercheurs belges ou français, la situation au-delà du Rhin ou de la Manche serait-elle plus enviable ? Un démenti se doit d'être porté : guère plus d'interventions de terrain mais une nuance, la programmation de fouilles, accompagnée d'analyses détaillées et de publications soignées, d'expositions et de confrontations scientifiques³. L'intérêt déjà ancien pour les constructions de toute taille encore observables et leur valorisation, particulièrement en Angleterre où les édifices du Bas Moyen Âge sont mieux conservés, diffère également (SMITH, 1979 ; THOMPSON & GOLDIN, 1975). Dans toute l'Europe post-moderne, l'extension dévorante des périphéries citadines vouées aux lotissements pavillonnaires, aux implantations industrielles et commerciales à grande échelle, aux

³ Relevés à partir des publications suivantes : *British Archaeological Reports*, *Journal of the British Archaeological Association* ; les sites concernés : Bristol, High Wycombe (Buckinghamshire), York, Strood et Ospring (Kent), South Acre à Norfolk, Norwich (East Anglia), Chichester (Sussex).

infrastructures de transport qu'elles entraînent, va de pair avec les politiques de rénovation des centres anciens et de valorisation patrimoniale, touristiquement attractive : les sites hospitaliers médiévaux ressortissent à l'une et l'autre zone. Après avoir longtemps fait peu de cas de vestiges souvent noyés dans la banalité environnante, le besoin de repères visuels mais aussi historiquement identitaires, l'essor de la demande d'espaces collectifs et muséographiques se sont parfois conjugués, en des cas pour le moment exceptionnels qui privilégient la monumentalité et le goût de l'antiquaire. Il ne semble pas que la Belgique déroge à ce schéma d'une quête de fonctionnalité extra-archéologique suffisante pour retenir l'attention sur les traces hospitalières en tant que telles : l'exemple de la Bijloke devenu la vitrine historique de la légitime fierté gantoise, et celui, peut-être plus emblématique encore, de l'Hospice Saint-Gilles à Namur investi par le Parlement wallon, paraissent révélateurs de cet attrait plus circonstanciel que scientifique. Faut-il confirmer ces observations critiques par une incursion statistique ? Dans un luxueux catalogue d'exposition consacré à *La lèpre dans les Pays-Bas (XII^e-XVII^e siècles)* paru à Bruxelles en 1989 sous les auspices des Archives générales du Royaume à l'instigation de Walter de Keyser — l'un des meilleurs spécialistes du sujet —, seulement trois pages sur cent quarante-deux (2,1%) sont réservées aux bâtiments des léproseries (la petite chapelle de Chièvres), à peine davantage à l'anthropologie de leurs hôtes...

Ainsi, hormis quelques cas isolés, la faiblesse des observations concrètes contraste face à la qualité des acquis obtenus pour les périodes postérieures au Moyen Âge dont les vestiges visibles et les archives fournissent un accès plus immédiat (*Revue des monuments historiques*, 1981). Ce phénomène n'a pas été sans multiples incidences enchaînées les unes aux autres. Le manque apparent des données disponibles a réduit l'historien au silence, à l'attentisme prometteur, à l'allusion, l'esquive ou la généralisation abusive, axée sur quelques schémas-types fondés sur les plus spectaculaires constructions monumentales encore en

place : parmi d'autres, l'hôtel-Dieu de Tonnerre, l'Hospice de Beaune et ses remaniements anachroniques, ou l'hôpital Saint-Jean de Bruges, ont servi de modèles polarisateurs (VERMEERSCH, 1986, p. 67-75) au risque d'occulter une réalité historique jamais mise à jour : celle d'un « petit patrimoine », à l'image ordinaire de Saint-Nicolas de Walcourt ou de l'hôpital de Sclayn, heureusement identifiés par l'Inventaire d'architecture romane namuroise de Jean-Louis Javaux et Jean Buchet (1998, p. 98 et 110).

Les exemples de ces diverses attitudes parsèment les travaux de recherche hospitalière : un questionnaire d'enquête comme celui élaboré en 1974 par Marcel Candille en vue de contribuer à « un précis d'histoire des institutions charitables » ou celui du Congrès des sociétés historiques et scientifiques réuni à Nice en 1996 sur ces mêmes fondations d'assistance ne comportent pas une ligne sur la morphologie ni sur les caractères de leurs constructions. À peine Michel Mollat réserve-t-il quelques pages de sa contribution à *l'Histoire des Hôpitaux en France* (IMBERT, 1982, p. 102-110) à ce qu'il dénomme prudemment « silhouettes d'hôpitaux ». À sa suite, c'est sous l'angle exclusif de la capacité d'accueil qu'Annie Saunier aborde l'étude de quatre bâtiments hospitaliers classiques (la célèbre infirmerie abbatiale d'Ourscamp, Senlis, Soissons, l'hôtel-Dieu de Paris) en quelques pages de son ouvrage sur *Le pauvre malade dans le cadre hospitalier médiéval* (1993, p. 157-162 et pour le mobilier, p. 163-167). Cadre ? Quel cadre ? Rien de plus de la part de Chiara Crisciani et Jole Agrimi qui reprennent plus récemment tous les clichés habituels (1995). Réserve ou inhibition ? On reste songeur à la lecture des nombreuses monographies publiées ces vingt dernières années en Allemagne, en Belgique et jusqu'aux synthèses par ailleurs excellentes fournies il y a peu en Angleterre. Elles produisent force photographies des édifices en place, planches anciennes, restitutions minutieuses telles celles encore proposées par Alain Saint-Denis (1983, p. 48-65, chapitre IV, « Les chanoines bâtisseurs ») pour les états successifs de l'hôpital de Laon aux XII^e et XIII^e siècles, tant

en plan qu'en élévation : en aucun cas, ces documents-prétextes, illustratifs, ne servent de support à la moindre comparaison ou tentative de compréhension de l'évolution des formes, styles, fonctions ou partis retenus. Ils ne suscitent aucune interrogation.

Un correctif doit toutefois être avancé. Le repli des investigations vers deux directions complémentaires : la reconnaissance ou l'inventaire des établissements ainsi que la réalisation précise de topographies hospitalières. Encore les explorations plus systématiques, comme celles accomplies en Belgique (TRICOT-ROYER, 1931), sont longtemps restées muées par d'autres curiosités que celle de l'élémentaire — loin d'être toujours simple ! — localisation. Repérer, identifier : recourant à la totalité des types de documents, d'abord écrits, brassant la masse des sources disponibles, renouant avec le legs érudit ancien et la toponymie, cette étape s'avère en bonne méthode être le préalable indispensable à toute prospection sur le terrain, en quête de traces que l'information écrite est souvent loin de dépeindre. Visant à une cartographie exhaustive des localisations, à un affinement des chronologies par l'enregistrement des dates d'apparition documentaire, les résultats obtenus sont notables même s'il reste à espérer le regroupement de ces acquis dans des atlas uniformisés, même si toutes les régions d'Europe et toutes les formes d'assistance sont loin d'être couvertes. Une meilleure appréciation de l'ampleur hospitalière, de sa nature, de ses rythmes de création, de sa distribution et de son insertion dans le tissu de l'habitat, apporte un éclairage neuf. Elle pose la question des réseaux hospitaliers, des niveaux d'équipement régionaux, des relations multiformes à l'environnement ; elle conduit à une combinaison de l'analyse avec les données démographiques (TOUATI, 1996). Cette recherche permet également la redécouverte d'édifices ou de sites menacés et transmet souvent une image inattendue du patrimoine hospitalier. Surprenante est, à cet égard, la réaction cristallisée autour de ces bâtiments retrouvés et la mémoire qu'ils véhiculent. Après la complète restauration du site de la léproserie de Norwich ou celle de Melaten, près d'Aix-La-Chapelle, le

cas de Saint-Lazare d'Angers est exemplaire : les réticences manifestées à l'origine par les édiles tiennent aussi pour une bonne part aux déficiences historiographiques constatées (NUTHALL, 1993 ; SAINT-LAZARE, 1997). L'ambition d'une première rencontre scientifique que j'ai eu, en 1999, le privilège de conduire autour des problèmes que posent aujourd'hui l'archéologie et l'architecture hospitalières médiévales, a aussi été de contribuer à éclairer les politiques de sauvegarde. Précédant de peu l'heureuse initiative d'Archaeologia Mediaevalis à Namur, Bruxelles et Gand (2002), ce colloque est aujourd'hui édité (TOUATI, 2004).

Directions nouvelles

Espaces, formes, aménagements, fonctions, décors, matériaux et jusqu'aux pensionnaires eux-mêmes : chacun de ces points nécessite investigation, observation, comparaison, à commencer par la question première du repérage des sites hospitaliers.

Du Hanovre à la Bavière, d'Irlande, en passant par le Norfolk, Londres et le Kent, à Valladolid ou Avignon⁴, il n'est pratiquement plus de monographies urbaines ou régionales qui ne livrent leur carte des implantations hospitalières, du moins à partir du XI^e siècle. Toutefois, l'identification et la localisation des établissements reste encore loin d'être achevée. La tâche est urgente, car à côté d'ensembles monumentaux dont la préservation s'avère déjà difficile, l'apparente insignifiance de certaines constructions menace chaque jour davantage leur éventuelle sauvegarde et par conséquent la base même de l'information : que ce soit au centre des agglomérations où s'exerce puissamment la pression foncière ou en périphérie urbaine en connexion directe avec la voirie et les transformations dues aux aménagements routiers ou industriels.

Les vicissitudes conjoncturelles ayant affecté les bâtiments hospitaliers ne sont pas récentes :

⁴ G. A. Lee ; Carole Rawcliffe, Roberta Gilchrist ou Miri Robin ; Adeline Rucquoi ; Noël Coulet, Jacques Chiffolleau, Daniel Le Blévec ;

transferts dont les conditions restent à préciser (saturation de l'espace environnant ou des capacités d'accueil, perception variable de l'insalubrité), incendies comme à Liège à la fin du XIII^e siècle, à Saint-Lazare de Blois au XIII^e siècle, à Bourges en 1487 ou plus tard à Paris en 1772 ; déprédations imputables au désastre des guerres dès les XIV^e-XV^e siècles ; démolitions pures et simples (à Mons, Chartres, Caen, Paris, etc.) ; réaffectations et recouvrements notamment en ce qui concerne les léproseries, entrepris à grande échelle comme en France lors de la création au XVII^e siècle des hôpitaux généraux ; dégagements archéologiques manqués, enfin, et donc perte irrémédiable des données comme à Paris avec l'hôtel-Dieu ou Saint-Lazare. La permanence des institutions sur place, continuant à fonctionner comme hôpitaux, maisons de retraite, centres de réadaptation, ne protège pas davantage des risques. Partant des dernières enquêtes, on peut évaluer actuellement à 10 % environ le nombre de sites conservant quelques éléments visibles du bâti ou livrant une représentation imagée ne fût-ce que par la fossilisation du parcellaire ; moins en Allemagne, Belgique, Espagne, davantage en Grande-Bretagne.

Ce repérage est lourd à effectuer. Il concerne un semis diffus d'établissements et, à défaut d'archive spécifique, nécessite la consultation documentaire la plus large : bien rares au Moyen Âge sont les comptes rendus de visites à ces communautés comme celles effectuées dans le diocèse de Paris en 1351 (LE GRAND, 1899) ! L'inventaire ainsi constitué permet non seulement d'apprécier les densités d'infrastructures et leur chronologie, mais devient à son tour un instrument d'interprétation historique lorsqu'il s'agit de déterminer les relations de la situation hospitalière avec son environnement, une réalité qui éclaire tout autant le statut du malade que l'économie ou l'organisation des institutions. Combien, où et quand, par conséquent et quels choix d'installation selon quels critères ? Site de pont, de passage, de cours d'eau, de marché, de centre-ville ou de périphérie, de défense, d'exploitation rurale directe, jumelé ou intégré à des complexes de nature complémentaire

(groupes ecclésiaux ou cathédraux, monastiques, confrériques, communaux...), occupation nouvelle ou remplacement d'implantation antérieure, poids des contraintes foncières ? Évolution des perceptions de l'« autre », de la valorisation de l'être malade à la crainte qu'il inspire, selon des données variables dans le temps, il faut y insister tant les anachronismes ont abondé en la matière, notamment s'agissant des lépreux (TOUATI, 1998). Une typologie mériterait d'être posée, susceptible de déterminer les facteurs d'implantation et jusqu'au parti retenu pour les formes du bâti.

Répertorier les solutions architecturales employées : quelles spécificités morphologiques ces structures matérielles collectives et voulues pour fixes présentent-elles ? Quelles en sont les origines ? Faudra-t-il longtemps continuer d'admettre — comme y souscrit l'historiographie classique — l'absence de tout asile d'accueil dans les civilisations antiques, attendant la diffusion du christianisme ? Les prescriptions de l'empereur Julien, il est vrai « apostat », au milieu du IV^e siècle, ordonnant la construction d'hôpitaux dans chaque cité précèdent d'une génération les créations tenues pour inédites (Lettres, 1924, p. 145, 158 et 173) : celles de saint Basile à Césarée (372), de Pammachius et Fabiola, amis de saint Jérôme, à Rome (397), suivies à Alexandrie, à Amasée du Pont, à Arles où un siècle plus tard l'évêque Césaire installe ses malades dans une « maison très spacieuse », ou encore à Clermont où saint Priest fonde un *xenodochium* de vingt malades sous « la direction de médecins et d'hommes expérimentés » (IMBERT, 1983, p. 23-26). En dehors des témoignages écrits ou des plans connus des *valetudinaria* militaires romains (à Vetera ou Künzing, par exemple), les groupes complexes des bâtiments thermaux ou des *asclépéïa* ont-ils été correctement sondés (DAVIES, 1970, p. 84-104) ? Si l'on observe une continuité jusqu'au XII^e siècle des pratiques d'incubation auprès des sanctuaires, quelles filiations relient-elles les exemples précédents et les lieux d'accueil du Haut Moyen Âge encore trop rarement reconnus car difficilement identifiables — à Rouen ou au Mans, par exem-

ple — au cœur des ensembles épiscopaux ou en position d'ermitages ?

Étude des influences mutuelles et des modèles : ceux des partis pris spatiaux ou architecturaux, en fonction aussi des formes de vie établies, des règles communautaires adoptées et d'abord progressivement mises au point à partir d'expériences volontiers imitées ou transposées. On l'observe à partir de « prototypes » notamment installés en Orient chrétien et repris par les fondations musulmanes suivant une chronologie de peu postérieure à celle du renouveau occidental : les *bimaristân al-Aloudî* ou *al-Nûri* à Damas en 1154, à Alep, au Caire avec l'hôpital *al-Salihî* en 1182 (HAMARNEH, 1962, JETTER, 1961). C'est surtout à partir de la Terre sainte que se répandent des formules semble-t-il nouvelles, sortant de l'orbite traditionnelle de l'assistance monastique : sur les routes de pèlerinage, gîtes d'étapes et d'accueil des malades en quête de guérison, auprès des grands sanctuaires comme ceux de Jérusalem où les formules pionnières de l'hôpital Saint-Jean (au moins dès le XI^e siècle) et de la communauté des lépreux de Saint-Lazare ont pu impressionner d'ultérieurs bienfaiteurs tels le duc de Brabant Godefroid III ou de moindres seigneurs (TOUATI, 2001 et 2002) ; constructions communautaires dans l'orbite monastique ou des ordres apparentés, celle des hospitaliers, celle des béguines comme on le voit encore tardivement dans la contiguïté à la fois collective et individuelle des petites maisons-Dieu de la Boeveristraat de Bruges, annexes de l'hospice Saint-Julien, fort comparables à la structure de Sainte-Croix de Stradford-on-Avon ou de Saint-Jean-Baptiste de Lichfield, aux alignements si caractéristiques des conduits de cheminée extérieurs (ORME & WEBSTER, 1995 ; PRESCOTT, 1992, p. 44-45 ; VERMEERSCH, p. 134-135). Que doit par conséquent cette architecture à son environnement, du plus proche au plus lointain : plans, matériaux, techniques, distribution des espaces et des fonctions, circulation, élévation, réseaux d'assainissement, modénature ? Quelles distinctions peuvent-elles être faites ou non d'autres réalisations contemporaines ? À l'inverse, quels rapprochements en fonction de modes de vie similaires : les béguinages déjà évoqués, les

prieurés monastiques pour lesquels nombre de léproseries offrent une apparence voisine au point que certaines confusions ont été précocement effectuées (Thaon par Léchaudé d'Anisy en 1847 ou Le Tortoir par Eugène Viollet-Le-Duc), les ermitages chartreux auxquels font parfois penser certaines structures plus rarement rencontrées comme pour la léproserie de Caen ? Quelles transcriptions sur les partis architecturaux sont-elles issues de règlements hospitaliers calqués sur des matrices semblables : celle des Hospitaliers de Jérusalem notamment dont les termes sont repris à Saint-Julien de Cambrai en 1220, Notre-Dame d'Anvers, Herentals ou encore Sainte-Gudule de Bruxelles (BONENFANT, 1952, p. XIII et suiv.) ? Leurs granges, leurs chapelles présentent-elles des caractères particuliers, un style commun, un ou des partis qui, au-delà de la fonctionnalité, traduiraient une sensibilité propre ? L'intégration d'autels au cœur des salles des malades ou dans leur prolongement mériterait d'être plus finement datée.

Emprunts, contamination ou quasi identité de formules hospitalières antérieurement éprouvées — vastes halles, par exemple — sont susceptibles de révéler des campagnes d'édifications homogènes. Ils mènent, par conséquent, à s'interroger sur le rôle des bâtisseurs et des décideurs : incitation ou participation plus directe des évêques comme, à la fin du XI^e siècle, Lanfranc dans son diocèse de Canterbury ou Yves de Chartres dans une aire de rayonnement peut-être plus grande ? Maintien, abandon ou substitution des cadres monastiques plus traditionnels depuis le IX^e siècle au moins ? Nature et objectifs d'éventuelles politiques princières : campagnes d'édification voulues monumentales et sans doute surdimensionnées d'Henri II dans le domaine Plantagenêt au dernier tiers du XII^e siècle, avec les réalisations quasi simultanées des grands hôpitaux d'Angers, du Mans et de Caen, par exemple ; action des Capétiens, dans leur royaume, Philippe Auguste surtout, avant saint Louis auquel on attribue depuis Joinville bien des créations là où il ne s'agit que de

reconstructions pour autant essentielles⁵; place centrale de l'hôpital dans les grandes réalisations urbanistiques des ducs en Italie au xve siècle et dans les projets (d'avant-garde ?) de leurs architectes (Filarete)⁶. Mise en œuvre du prestige et des rivalités évergétiques, de l'émulation aristocratique ou bourgeoise, conservatisme ou innovation ? Les variations dans le temps et l'espace mériteraient d'être mieux perçues en fonction des besoins ressentis, des moyens financiers disponibles, des regards sur les destinataires de ces établissements, des sensibilités qu'ils engendrent, des relations à d'autres aspects de l'occupation humaine (phases de lotissement, d'extension urbaine, d'aménagement défensif, de reconstruction). Ici encore l'esquisse d'une typologie permettrait de discerner ces facteurs variés, non exclusifs les uns des autres, et leurs évolutions.

C'est aussi aborder les critères susceptibles de définir la ou les réalité(s) de l'*hospitale* médiéval. Quelle acception en retenir ? La plus large ou indifférenciée de « lieu pieux » donnée par le droit canonique, englobant toute forme de secours et d'accueil allant jusqu'aux collègues d'étudiants dont on sait que certains ont pu être hébergés par des hôtels-Dieu (à Bruxelles, Paris ou Cambridge), ou aux Filles-Dieu dont le cadre d'installation échappe lui aussi en grande partie ? En fonction de ses destinataires principaux ? On se conformerait ainsi davantage à la nomenclature orientale dressée par Justinien au vi^e siècle et imitée de manière théorique par les Carolingiens : *xenodochia*, *ptochotrophia*, *nosocomia*, *orphanotrophia* ou *brephotrophia*, et enfin *gerontochomia* (IMBERT, 1999). La « grille » serait peut-être à affiner suivant la fonction ou la spécialisation hospitalière qui se manifeste plus clairement aux xii^e et surtout xiii^e siècles : aveugleries, hospices de pèlerinage, léproseries, asiles de vieillesse, par opposition au caractère généraliste des aumôneries ou infirmeries. S'y

ajouteraient, après les mesures de quarantaine instaurées à la fin du xiv^e siècle, les asiles de peste. L'approche du vocabulaire médiéval, polysémique, appelle toute prudence : l'emploi d'un terme ne signifie pas forcément un genre d'accueil exclusif. La distribution des locaux d'un hôpital « généraliste » a pu tenir compte d'une différenciation de ses hôtes (femmes en couche, vieillards, « donnés » ou simples affamés), d'une répartition entre hommes, femmes et même enfants, voire d'une destination distincte selon qu'il s'agisse des ressortissants locaux ou de « pauvres » étrangers à la communauté comme avec la Cateria au Grand Hôpital de Huy (JORIS, 1959, p. 389). Certains modes de vie, selon la durée du séjour provisoire ou définitif, ont aussi dicté une organisation de l'espace intégrant chapelle, dortoirs communs, réfectoires, logis de visiteurs et des personnels « soignants » à des bâtiments d'exploitation économique, de nature agricole ou commerciale (puits, celliers, perron, foirail, grenier, grange, moulin, colombier, bergerie, étable, pressoir, basse-cour, ateliers), sans oublier un enclos funéraire propre : ainsi l'hôpital Saint-Jean de Bruges possédait une briqueterie, à son usage mais aussi sans doute, comme on en sait ailleurs le célèbre cas de certains vignobles, pour en tirer des ressources (VERMEERSCH, 1986, p. 67) mais c'est surtout le cas notable, à échelle variable, des léproseries (à Beauvais, Sens, Vézelay, Montreuil ou Sées) dont la conception, du moins à l'origine, est proche de celle des communautés monastiques. La plupart de ces derniers établissements sont composés de communautés doublement mixtes (hommes et femmes malades, soignants et/ou clercs, servantes considérés comme frères ou sœurs) et une surveillance très stricte à l'encontre de la promiscuité des sexes est prescrite comme on l'observe à travers la plupart des statuts ou règles promulgués de Pavie à Gand (TOUATI, 2003, p. 300 § 2 et 6 ; GYSSELING, 1963, p. 27 § 7) : à Liège, la léproserie finit même par être dénommée « les quatre couvents du Mont-Cornillon » (UYTTEBROUCK, 1972, p. 24). Mais d'autres ont formé des institutions dédoublées et éloignées selon les sexes (à Reims ou Angers par exemple) : dès lors de quels caractères originaux sont-ils éventuellement adaptés ? Que

⁵ Par exemple pour l'hôpital de Vernon (Eure), en 1258, *de novo edificari* (Registre de chancellerie de saint Louis, BNF, ms. lat. 9778, f^o 276). Nous préparons une reprise de ce dossier, « De Louis VI à saint Louis : la politique hospitalière des Capétiens dans le royaume de France ».

⁶ Belles études à ce sujet de John Henderson (Florence) et de Patrick Boucheron (Milan).

dire enfin de la structure des *heckdech* et d'une façon plus large de l'assistance juive dans ses aspects matériels (TOUATI, 1999b) ?

Critères de forme et de situation. On ne possède aujourd'hui aucune trace des constructions de bois (*mansiunculæ, teguria, bordellum*) comparables à certaines « laures » ou ermitages qui ont servi d'abris initiaux, pas seulement pour les groupes pionniers de lépreux, attendant la réalisation d'édifices en dur, et uniquement connus par les sources littéraires ou hagiographiques. Une chronologie plus fine du développement du bâti, de l'adoption des partis standards, du passage entre les types reconnus de l'hôpital-cloître à l'hôpital-église ou à l'hôpital-halle est également requise. Si l'hôpital est, selon la Règle de Saint-Jean de Jérusalem, « la seigneurie du pauvre », dans quelle mesure sa composition démarque-t-elle la structure des demeures seigneuriales (*aula, camera, capella*) ? Comment s'opère l'intégration à d'autres bâtiments d'usage séparé dans le cas d'une tutelle exercée par des institutions de nature différente : aumônerie monastique à bien distinguer de l'infirmerie des moines, *porta*, hospice canonial, épiscopal, hôpital de confrérie, échevinal ou consulaire ? Quelle spécificité architecturale hospitalière est-il encore possible de reconnaître dans la réaffectation de bâtiments d'usage antérieur, privés, comme c'est, entre autres, le cas à Lille ou à Seclin au milieu du XIII^e siècle avec les donations par les comtesses de Flandres de leurs propres résidences, ou à Montauban en 1373 avec la création d'un hospice dans une tour d'origine consulaire érigée au centre de la ville à 32 mètres de hauteur : hasard d'un transfert ou quête d'une élévation « sanitaire » afin de profiter d'un air plus salubre comme l'établissent les *Guides de santé* à partir du XIII^e siècle ? L'établissement d'une typologie nécessite là encore l'observation du plus grand nombre, non de retenir l'exception conjoncturelle, à moins qu'elle ne finisse par l'emporter comme peut-être au XIV^e siècle.

La distribution des locaux et leurs aménagements intérieurs, sujets à réadaptations fré-

quentes, échappent largement même si de précieux inventaires ou règlements écrits dévoilent leur existence : « salles », infirmeries, *logia*, celliers, caves, cuisines, boulangeries, fours, lingerie, lavanderies ou panneteries, ouvroirs, galeries, salle de chapitre, bains, « aisements », trésor, emplacements des éventuels lieux de culte ou de dévotions (autels, statues, retables, reliquaires) distribués au gré d'un partage entre les capacités de chacun, logements du supérieur, du proviseur, des desservants, des autres catégories de personnel, des familiers ; logement des malades ou des assistés (permanents ou de passage) ; chauffage (fixe ou mobile) dont on pressent, par les donations premières en nature qui suivent l'établissement des institutions, qu'il constitue une préoccupation prioritaire ; éclairage, dont les baies forment d'évidence le moyen diurne, mais aussi par l'apport d'un luminaire aux emplacements déterminés à l'avance en fonction de la sécurité et de la distribution interne des salles dans des niches, comme on l'observe dans la célèbre infirmerie d'Ourscamp le long des murs gouttereaux et au droit de chaque colonne où ces cavités pouvaient également recevoir des effets personnels et menus objets ; aération parfois modulable telle celle à « fenêtres coulisses » de l'hôtel-Dieu de Paris maniées à l'aide de poulies, attestées au moins au début du XV^e siècle (COYECQUE, 1889, I, p. 71) ; systèmes d'adduction et d'évacuation des eaux (lavabos, canalisations, citernes comme on le vérifie à Blois, Tournus ou à Saint-Jean d'Angers). À ces aspects durables, s'ajoute la question de l'entretien régulier ou périodique (chaulage des parois comme à l'hôtel-Dieu de Paris, chaque printemps) et des travaux accidentels : la maintenance peut entraîner des modifications de l'utilisation spatiale.

La définition des aires de circulation, l'attestation et la datation des cours, bornes, clôtures ou palissades, portes, peuvent s'avérer capitales afin de percevoir les changements d'attitude ou la prévention manifeste envers tel groupe d'hôtes : noble ou commun, passant ou pensionnaire, hommes ou femmes, vieillards ou enfants, valides ou invalides, lépreux ou aveugles, parturientes, nouveaux-nés, et, plus rare-

ment, lorsqu'ils ne sont pas abandonnés à eux-mêmes, malades chroniques et « fous » (MAÎTRE, 1916 ; CORDANI-SONTAG, 1971, p. 58-59 et 91)⁷. À condition aussi que l'interprétation soit attentive à ne pas confondre la fondation d'un chancel avec une délimitation discriminatoire : ce que laisserait penser à tort l'interprétation donnée pour la fondation nord-sud découverte entre l'abside et la nef de Saint-Lazare à Tours (BISSON *et al.*, 1995, p. 12) ! L'emplacement des cloisonnements, souvent en bois et mobiles, change la perception aujourd'hui artificiellement restituée de grands édifices à une seule nef, vide : construite en 1228-1229, la grande salle des malades de la Bijloque à Gand, « la mieux conservée que l'époque gothique ait produite dans les Pays-Bas méridionaux », avec une surface de 16 m sur 55 m, haute de 18 m, apparaît d'une spectaculaire monumentalité sans doute atténuée par les divisions de son espace interne, le déploiement de tentures qu'il reste difficile d'imaginer. Cette occupation variable d'un même espace, dont les traces se laissent parfois lire dans la maçonnerie ou par l'empreinte au sol, module les capacités d'accueil de même que la disposition et la dimension des lits qui ont fait couler beaucoup d'encre...

À côté ou intégrée à la morphologie du bâti, essentielle à saisir, les parties du décor (peintures murales, vitraux, enseignes comme à Poissy ou Brie-Comte-Robert, pavages en carreaux de céramique comme à Saint-Nicolas de Bayeux), la statuaire (comme à Dijon, Beauvais ou Issoudun) offrent des éléments supplémentaires de datation⁸ ; leurs thèmes sont aussi susceptibles de recouvrir la personnalité des communautés, l'identité et les sentiments de leurs donateurs. Ils sont sus-

ceptibles de révéler les exutoires culturels et spirituels proposés face à la souffrance. Faut-il rappeler que pour le malade, l'hôpital ne se visite pas debout mais plutôt à l'horizontale, le regard vers le haut, vers la voûte ou le plafond : mais est-il toujours prioritairement concerné ? Une grande dispersion et la destruction de ces pièces isolées rendent leur appréhension concrète aléatoire, tout comme celle du mobilier plus ordinaire à laquelle pallie fort heureusement parfois la documentation écrite, comme dans le diocèse de Paris, à la léproserie de Notre-Dame-des-Barres près d'Orléans, à celles de Saumur ou de Montpellier aux XIV^e et XV^e siècles (LE GRAND, 1899 ; VILLARET, 1883 ; DESMÉ, 1912) : couettes ou oreillers dont le nombre forme un indice précieux corrélé à celui des pensionnaires, huches ou coffres (ceux d'origine conservés *in situ*, comme aux hospices de Beaune, forment exception), armoires, tables, luminaire, vêtements, matériel ménager et ustensiles multiples, tels que les 1270 balais inscrits à l'inventaire de l'hôtel-Dieu de Paris en 1430 (COYECQUE, 1891, I, p. 71 ; MOLLAT, 1983, p. 10), cuves à bain et instruments thérapeutiques. Les livres (NEBBIAI-DALLA GUARDA, 1994) et les archives des communautés hospitalières servent aussi, indépendamment de leur rôle de gestion et de réglementation, de supports iconographiques à même de fixer par l'enluminure, la gravure ou le sceau, une auto-représentation si recherchée : c'est ce que montrent au XV^e siècle pour l'hôtel-Dieu de Paris, le célèbre *Livre de vie active* de Jehan Henri, à Tournai le *Cartulaire de l'hôpital Saint-Jacques* ou, à Orchies (Nord), le sceau de l'hôpital qui fixe le geste médical accompli au chevet du malade (DOUET D'ARCQ, 1868, p. 258, n° 9977 ; CANDILLE, 1964), signe parfois de l'exercice incontestable de soins médicaux. Leur attestation est aussi une présomption de locaux particuliers voués à leur conservation et à l'administration. L'importance des clés et de la sécurité interne des communautés parcourt l'ensemble de leurs règlements : on le voit parfaitement, entre autres, à la léproserie de Cornillon à Liège (SPIEGELER, 1987). On serait également en droit d'attendre de l'approche archéologique des précisions sur les diverses activités de survie : lieux et nature des cultures

⁷ Pour les vieillards, parallèlement à l'admission comme « donnés », création d'hospices au XIII^e siècle à Arras, Tournai (« Anciens Bourgeois »), Paris (Sainte-Avoie, pour quarante pauvres veuves). Les malades chroniques ne sont que très rarement reçus — les statuts hospitaliers s'y opposent, comme à Troyes, Angers ou Oxford —, ce qui rend d'autant plus exceptionnel le cas de *Schwäbisch Hall*, qui leur était destiné (CORDANI-SONTAG, 1971, p. 58).

⁸ *Vierge à l'enfant Jésus tenant une grappe de raisin* (XV^e s. ?), statue de bois de l'ancienne maladière de Dijon, Dijon, Musée archéologique, n° 1334.

ou de l'horticulture voisines, élevage, et par là, paysage immédiat, consommation alimentaire, déchets, faune (BARBER, 1998 ; JONES, 1998).

Restent les acteurs eux-mêmes, « le mort permettant de saisir le vif ». Alors que les léproseries, apparues à partir de la seconde moitié du XI^e siècle et surtout au début du siècle suivant, au moment de l'achèvement du réseau paroissial, ont tendu vers la pleine autonomie de statut comme communautés religieuses à part entière, ce qu'entérine le concile de Latran III en 1179, le cas des autres hôpitaux en diffère largement, ne disposant pas la plupart du temps de cimetière particulier : leurs défunts rejoignaient l'enclos ordinaire et bien souvent, par indigence, la fosse commune. Le personnel ecclésiastique et religieux, quant à lui, pouvait recevoir le privilège d'être inhumé dans la chapelle du lieu, voire dans la salle des malades. Cette présence funéraire est à déterminer puis à localiser : *ad sanctos*, ou encore par la proximité d'un cimetière limitrophe, dans un espace éventuellement réservé (et matériellement circonscrit ?), tel serait le cas à Saint-Jean d'Angers, par exemple, jouxtant le cimetière Saint-Laurent, ou à Saint-Gilles de Namur où le nombre de sépultures, certes tardives, est impressionnant (cfr communication J. Plumier). L'examen du parcellaire ancien est susceptible, à défaut de document plus explicite, de révéler une aire cimétériale commune avec d'autres communautés religieuses, dans leur mouvance seigneuriale ou patronale, suggérant l'initiative d'un transfert ou d'un partage foncier, voire l'origine d'un établissement hospitalier, au point que des luttes relatives aux droits ecclésiastiques deviennent parfois très âpres. Des dalles funéraires gravées, comme dans les léproseries de Dijon ou de Meaux (VAULTIER, 1951, p. 740 ; GARNIER, 1853), transmettent l'identité et l'image de leurs membres, maîtres ou lépreux, leur mise vestimentaire. Hormis les caractéristiques d'inhumation, la répartition des individus et la chronologie d'occupation forment, dans les conditions optimales, l'essentiel de l'information, trop rarement ou partiellement exploitée, longtemps gaspillée : les vestiges osseux dont l'analyse anthropologique est évi-

demment capitale à la paléodémographie et à la paléopathologie (GILCHRIST, 1993). Capitale aussi à une plus juste appréciation des niveaux effectifs de diagnostic, donc à la validation des savoirs médicaux anciens et à la vérification des pratiques thérapeutiques : des usages — il faut le souligner — qui ne sont pas davantage enregistrés par les archives écrites que ne le sont les modalités de construction des bâtiments ou les gens de métier convoqués...

Nombreuses sont les perspectives de recherche : leurs données s'entrecroisent et la somme des interrogations en suspens, considérable, n'est pas dissociable de celles qui portent sur la globalité des sociétés étudiées. Pas davantage que l'hôpital n'est isolé des hommes qui ont façonné ses contours. À côté de l'ensemble des réalités matérielles médiévales, de mieux en mieux perçues parce qu'elles ont été plus largement et systématiquement explorées, celles de l'hôpital et de ses hôtes restent encore en large part à inventer.

Bibliographie

- BARBER G., 1998. Animal bones. In : PRICE R. & PONSFORD M. (dir.), *St Bartholomew's Hospital*, p. 181-192.
- BISSON D., RODIER X. & THOMAS F., 1995. La chapelle de la léproserie Saint-Lazare, site 13. In : *À propos d'archéologie urbaine, Bulletin du Laboratoire d'Archéologie urbaine*, Tours, A.D.E.A.U.T.
- BONENFANT P. (éd.), 1953. *Cartulaire de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles*, Bruxelles.
- BONENFANT P., 1965. Hôpitaux et bienfaisance publique dans les anciens Pays-Bas des origines à la fin du XVIII^e siècle, *Annales de la Société belge d'histoire des hôpitaux*, III.
- Bulletin, 1876. *Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris*, 2^e série, 11, p. 159.
- CANDILLE M. (éd.), 1964. *Livre de vie active* de Jehan Henri, Paris, SPEI.
- CLAY R.M., 1909. *The Mediaeval Hospitals of England*, London, Methuen.

- CORDANI-SONTAG A., 1971. Les établissements hospitaliers en Allemagne aux XIV^e et XV^e siècles, *Annales de la Société belge d'histoire des hôpitaux*, IX.
- COYECQUE E., 1889-1891. *L'Hôtel-Dieu de Paris au Moyen Âge*, Paris.
- CRISCIANI C. & AGRIMI J., 1995. L'hôpital médiéval. In : GRMEK M.D. (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident, I: Antiquité et Moyen Âge*, Paris (1^{re} éd. italienne en 1993), p. 161-170.
- DAVIES R.W., 1970. The Roman military medical service, *Saalburg Jahrbuch*, 27, p. 84-104.
- DESMÉ DE CHAVIGNY O. (éd.), 1912. Inventaire des biens meubles et immeubles de la maladrerie de Saumur en 1448, *Bulletin de la Société des Lettres, Sciences et Arts du Saumurois*, 7-8, avril-juillet.
- DOUET D'ARCQ, 1868. *Collection des sceaux des Archives de l'Empire*, III, Paris.
- DUGDALE W., 1830. *Monasticon Anglicanum*, VI, 2, London.
- ENLART C., 1929. *Manuel d'archéologie française depuis les temps mérovingiens jusqu'à la Renaissance, 2^e partie, I, Architecture civile et militaire*, Paris, Picard, p. 6 et suiv.
- Fondations, 1999. *Fondations et œuvres charitables au Moyen Âge, Actes du 121^e Congrès des sociétés historiques et scientifiques (Nice, 1996)*, Paris, CTHS.
- GARNIER J., 1853. *Notice historique sur la maladière de Dijon*, Dijon.
- GILCHRIST R., 1993. Christian Bodies and the Souls : The Archaeology of Life and Death in Later Medieval Hospitals. In : BASSETT S. (éd.), *Death in Towns : Urban Responses to the Dying and the Dead, 1000-1600*, Leicester, p. 101-118.
- GILLE B., 1966. L'hôpital au Moyen Âge, *Archeologia*, mai-juin, p. 28-33.
- GRANDHAW L. & PORTER R. (éd.), 1989. *The Hospital in History*, London, Routledge.
- L'HYDRAULIQUE, 1996. *L'hydraulique monastique, Rencontres à Royaumont*, Grâne, Créaphis.
- GYSELING M., 1963. De statuten van de Gentse leprozerie van 1236, *Studia Germanica Gandensia*, V, 1963, p. 9-44.
- HAMARNEH S., 1962. Development of Hospitals in Islam, *Journal of the History of Medicine*, 17, p. 366-384.
- IMBERT, J., 1947. *Les hôpitaux en droit canonique*, Paris, Vrin.
- IMBERT, J. (dir.), 1982. *Histoire des Hôpitaux en France*, Toulouse, Privat.
- IMBERT J., 1999. Les conciles et les hôpitaux (IX^e siècle). In : *Fondations et œuvres charitables*, p. 39-47.
- JAVAUX J.-L. & BUCHET J., 1998. *L'architecture romane en Namurois. Inventaire raisonné*, Namur.
- JONES J., 1998. Plant and insects remains. In : PRICE R. & PONSFORD M. (dir.), *St Bartholomew's Hospital*, p. 193-197.
- JORIS A., 1959. *La ville de Huy au Moyen Âge*, Paris, Les Belles Lettres.
- JETTER D., 1961. Zur Architektur islamischer Krankenhäuser, *Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin*, 45, p. 261-273.
- JETTER D., 1966. *Geschichte des Hospitals*, Wiesbaden, Steiner.
- KIRCHGÄSSNER B. & BECHT H.-P. (dir.), 2000. *Stadt und Archäologie*, Stuttgart.
- LALLEMAND L., 1906. *Histoire de la charité, III : Le Moyen Âge*, Paris, Picard, p. 153-163.
- LE BLÉVEC D., 1999. Fondations et œuvres charitables au Moyen Âge. In : *Fondations et œuvres charitables...*, p. 7-22.
- LE BLÉVEC D., 2000. *La part du pauvre. L'assistance dans les Pays du Bas-Rhône du XII^e au milieu du XV^e siècle*, Rome, (Coll. de l'E.F.R. n° 265), 2 vol.
- LE GRAND L. (éd.), 1899. *Registre de visites aux maisons-Dieu et léproseries du diocèse de Paris par le délégué de l'évêque (1351-1369)*, Paris.
- LEISTICKOW D., 1967. *Dix siècles d'architecture hospitalière en Europe*, Ingelheim, Boehringer Sohn.

- La lèpre, 1989. *La lèpre dans les Pays-Bas (XII^e-XVII^e siècles)*, Bruxelles, Archives générales du Royaume.
- MAÎTRE L., 1916. Le logement et le traitement des fous dans les églises, *Bulletin de la Société archéologique de Nantes*, p. 171-180.
- MOLLAT DU JOURDIN M., 1983. L'hôpital dans la ville au Moyen Âge en France, *Bulletin de la Société française d'histoire des hôpitaux*, 47, p. 10.
- MÖLLER-CHRISTENSEN, 1953. *The lepers from Naestved in Danmark. A Study of Skeletons of a medieval Danish Leper hospital*, Copenhagen.
- NEBBIAI-DALLA GUARDA D., 1994. Les livres de l'infirmerie dans les monastères médiévaux, *Revue Mabillon*, 66, p. 57-81.
- NUTHALL T., 1993. *The Lazar House, Norwich. From Leper Hospital to Library*, Norfolk, County Council.
- ORME N. & WEBSTER M., 1995. *The English Hospital, 1070-1570*, New Haven-London, Yale University Press.
- PRESCOTT E., 1992. *The English Medieval Hospital, 1050-1640*, Broughton Gifford, Seaby.
- PRICE R. & PONSFORD M. (dir.), 1998. *St Bartholomew's Hospital Bristol. The Excavation of a medieval Hospital : 1976-1978*, York, Council for British Archeology, Research Report 110.
- PROBST C., 1969. *Der deutsche Orden un sein medizinwesen in Preussen. Hospital, Firmarie, und Arzt bis 1525*, Bad Godesberg, Wissenschaftliches Archiv.
- RUBIN M., 1989. Development and change in English hospitals, 1100-1500. In : GRANSHAW L. & PORTER R. (éd.), *The Hospital in History*, London, Routledge, p 22-41.
- Saint-Lazare, 1997. *Saint-Lazare : Histoire d'une léproserie et d'un faubourg d'Angers. XII^e-XVII^e siècle*, Angers, A.R.D.A.
- SAINT-DENIS A., 1983. *Institution hospitalière et société. L'hôtel-Dieu de Laon. 1150-1300*, Nancy.
- SERRURE E., 1881. *Monographie de l'hôpital de la Biloque de Gand*, Bruxelles.
- SMITH G.H., 1979. The excavation of the Hospital of St Mary of Ospringe, *Archaeologica Cantiana*, 95, p. 89-108
- DE SPIEGELER, P., 1987. Documents relatifs à la léproserie de Cornillon et à l'hôpital Saint-Christophe de Liège (XIV^e-XVI^e siècles), *Bulletin de la Commission royale d'Histoire*, 153, p. 109-126.
- THOMPSON J.D. & GOLDIN G., 1975. *The Hospital : a Social and Architectural History*, New Haven-Londres, Yale University Press.
- TOLLET C., 1892. *Les édifices hospitaliers depuis leurs origines jusqu'à nos jours*, Paris.
- TOUATI Fr.-O., 1996. *Archives de la lèpre. Atlas des léproseries entre Loire et Marne au Moyen Âge*, Paris, Éditions du Comité des Travaux historiques et scientifiques.
- TOUATI Fr.-O., 1998. *Maladie et société au Moyen Âge. La lèpre, les lépreux et les léproseries dans la province ecclésiastique de Sens jusqu'au milieu du XIV^e siècle*, Bruxelles, De Boeck Université (Bibliothèque du Moyen Âge, 11).
- TOUATI Fr.-O., 1999a. Un dossier à rouvrir : l'assistance au Moyen Âge. In : *Fondations...*, 1999, p. 23-38.
- TOUATI Fr.-O., 1999b. *Domus judæorum leprosorum : une léproserie pour les Juifs à Provins au XIII^e siècle*. In : *Fondations...*, 1999, p. 97-106.
- TOUATI Fr.-O., 2001. *Saint-Lazare de Jérusalem. Orient-Occident. XII^e-XIII^e siècles*. Thèse d'habilitation à diriger des recherches en Histoire médiévale, Université de Paris I, 2 vol.
- TOUATI Fr.-O., 2002. La Terre sainte : un laboratoire hospitalier au Moyen Âge. In : BULST N. (dir.), *Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler*, Colloque de Reichenau, Konstanzer Arbeitskreis für Mittelalterliche Geschichte, 19, März 2002.
- TOUATI Fr.-O., 2003. San Lazzaro di Pavia. Genèse d'une léproserie lombarde au Moyen Âge. In : BARTHÉLEMY D. & MARTIN J.-M. (éd.), *Liber largitorius. Études d'histoire médiévale offertes à Pierre Toubert par ses élèves*, Paris-Genève, Droz, p. 277-302.

- TOUATI Fr.-O. (dir.), 2004. *Archéologie et architecture hospitalières de l'Antiquité tardive à l'aube des Temps Modernes*, Paris, Boutique de l'Histoire, 2004.
- TRICOT-ROYER Dr., 1931. Les *haitiés* dans les léproseries belges. In : *Atti dell'VIII^e Congresso internazionale di Storia della Medicina (Roma, 1930)*, Pise.
- UYTTEBROUCK A., 1972. Hôpitaux pour lépreux ou couvents de lépreux. Réflexions sur le caractère des premières grandes léproseries de nos régions à leurs origines, *Annales de la Société belge d'histoire des hôpitaux*, X, p. 5-29.
- VAULTIER R., 1951. Les léproseries au Moyen Âge, *La Presse médicale*, 59, n° 35, 23 mai 1951, p. 740.
- VERDIER A. & CATTOIS F., 1855. *Architecture civile et domestique au Moyen Âge et à la Renaissance*, Paris, II, p. 107 et suiv.
- VAN DE WALLE, A.L.J., 1971. Salles hospitalières. In : *Idem, Belgique gothique. Architecture, art monumental*, Bruxelles, p. 34 et suiv.
- VERMEERSCH V., 1986. *Bruges. De l'époque carolingienne au néo-gothique*, Paris, A. Michel.
- DE VILLARET F. (éd.), 1883. Inventaire de la maladrerie de Notre-Dame-des-Barres (1360), *Mémoires de la Société archéologique et historique de l'Orléanais*, XIX, p. 600-604.
- VIOLLET-LE-DUC Eug., 1854-1868. *Dictionnaire raisonné de l'architecture française du XI^e au XVI^e siècle*, Paris, VI.
- WALTERS J., 1930. *Geschiedenis der Zusters van de Bijloke te Gent*, Gand.

De geschiedenis van het Sint Maartensgasthuis te Bergen op Zoom

Marco VERMUNT

De stedelijke ontwikkeling van Bergen op Zoom

Bergen op Zoom was in de late middeleeuwen een bloeiende handelsstad, dichtbij de rivier de Schelde gelegen, in het noordwesten van het Hertogdom Brabant. De stad kende haar vroegste stedelijke ontwikkeling in de 13de eeuw, groeide uit tot een belangrijke marktstad in de 14de eeuw en bereikte haar grootste economische welvaart in de tweede helft van de 15de en het begin van de 16de eeuw. De site van de stad heeft een merkwaardige ligging aan de meest westelijke rand van de Brabantse pleistocene zandgronden, waar deze een abrupte bodemdaling vertoont die in de literatuur vaak Brabantse Wal wordt genoemd. Deze steilrand ontwikkelde zich onder invloed van holocene zandverstuivingen tot een duinachtige noord-zuid gerichte rug, ruim een kilometer ten oosten van de Schelde, en werd zowel aan de west- als aan de oostzijde begrensd door uitgestrekte en moeilijk toegankelijke veengronden. De leemrijke en slecht doorlatende bodem stimuleerde ook veengroei in de dalen van de hoger gelegen zanden. In dit geïsoleerde, dun bevolkte en weinig vruchtbare landschap kwam tussen de 10de en de 12de eeuw een conglomeraat van akkergronden en verspreide boerderijen tot ontwikkeling, waarvan de huidige Grote Markt, gelegen in een oost-west gericht dal op de hoge steilrand, het centrum vormde. Deze voorstedelijke nederzetting is voornamelijk bekend geworden uit

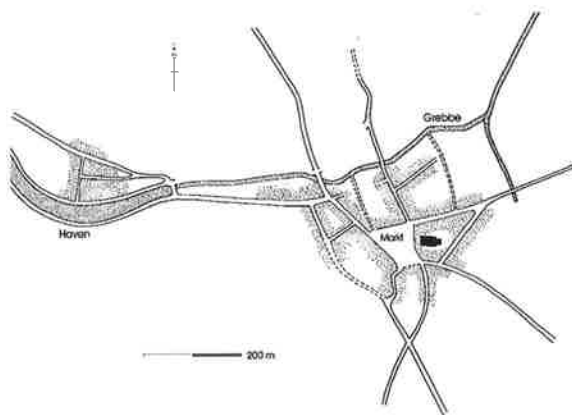
archeologisch onderzoek van de laatste 10 jaar (VERMUNT, 1999). Uit schriftelijke bronnen blijkt dat de abdij van Nijvel in de 12de eeuw bezittingen had te Bergen op Zoom, inclusief het patronaatsrecht. Mogelijk had de abdij hier een villa of landgoed, van waaruit de omliggende gronden centraal bestuurd werden, doch dit kon tot op heden niet archeologisch aangetoond worden. De stichting van de stad door de abdis van Nijvel in de 7de eeuw is niet meer dan een legende, waarschijnlijk in veel later tijd onder invloed van de Gertrudisverering ontstaan. In de loop van de 13de eeuw heeft de abdij afstand van haar bezit moeten doen ten gunste van de lokale machthebber (VAN HAM, 1987, p. 74-81).

De 13de eeuw is een belangrijke periode geweest, waarin de nederzetting kon uitgroeien tot een kleine stad. Uit archeologisch onderzoek blijkt dat dit niet geleidelijk aan, maar vrij snel gebeurde. Dit heeft zowel politieke als economische oorzaken gehad. Ten eerste traden in de 12de eeuw de hertog van Brabant en zijn leenheer, de heer van Breda, op de voorgrond. Zij zagen de streek als hun meest westelijke voorpost tegenover het HollandsZeeuwse deltagebied. Er waren in deze streek echter nog geen steden van betekenis. De inwoners van de voorstedelijke plaatsen Bergen op Zoom en Breda verkregen waarschijnlijk al op het einde

van de 12de, en zeker in het begin van de 13de eeuw diverse privileges en vrijheden toebedeeld. Dit vormde een aanzet tot een snelle verstedelijking. Wanneer de heer van Breda in een oorkonde van 1212 spreekt over *opida libera*, dan worden daar hoogstwaarschijnlijk de beide stadjes in wording mee bedoeld. In die zin kunnen Breda en Bergen op Zoom tot de gestichte steden gerekend worden (LEENDERS, 1996, p. 253-254).

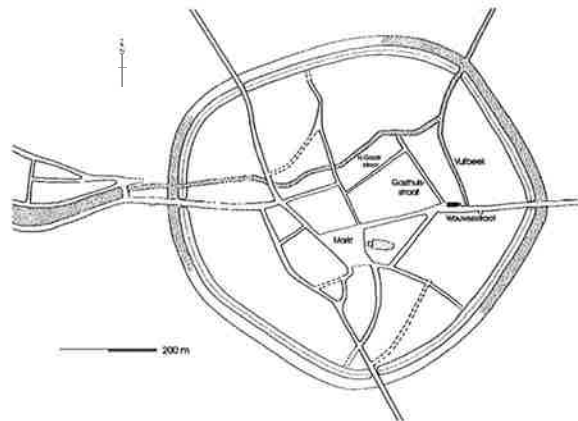
In de tweede plaats gaven de privileges de mogelijkheid tot het versterken van de handel. De natuurlijke kreek ten westen van de stad werd benut als haven en vaarverbinding naar de Schelde. Bovendien boden de veengronden in het land van Breda een belangrijke bron van inkomsten. Het hoogveen op het zand en het Hollandveen in de rivierdelta konden als brandstof worden uitgewonnen. Vanaf het midden van de 13de eeuw werd het gebied op grote schaal ontgonnen door pioniers, waarvan de meeste afkomstig waren uit Vlaanderen. Zij maakten het landschap toegankelijk door droogleggingen, staken de turf en verscheepten het over kanalen en vaarten naar de Bergse haven. In het ontginningsgebied ontstonden vervolgens weer allerlei nieuwe nederzettingen. Ook de gemakkelijk te winnen klei in de streek rond Bergen op Zoom heeft gezorgd voor een vroege opkomst van pottenbakkerijen en steenbakkerijen (LEENDERS, 1996).

Uit de zeer schaarse 13de eeuwse schriftelijke bronnen lijken al enige elementen van de verstedelijking naar voren te komen, zoals



1. De vroegstedelijke kern van Bergen op Zoom in het midden van de 13de eeuw (Reconstructietekening auteur, 2001)

onder andere de vermelding van een gasthuis in 1246 en een stadsschool in 1286. In 1260 bezitten de oppidani, oftewel poorters, een stadszegel. Maar beter nog wordt het proces van stadsvorming zichtbaar bij archeologisch onderzoek. Op het einde van de 12de of begin 13de eeuw hebben de inwoners een kanaal dwars door hun woongebied gegraven, dat de oostelijke veengronden verbond met de kreek (de latere haven) in het westen. Hierop sloot een stelsel van zijtakken aan, dat alle vennen in de nederzetting kon ontwateren. Daarna diende het kanaal, Grebbe genoemd, hoofdzakelijk als transportroute voor de turfvetten. Bij opgravingen in de binnenstad worden regelmatig resten van deze drainagesloten en kanalen gevonden.



2. De vroegstedelijke kern van Bergen op Zoom in het laatste kwart van de 13de eeuw (Reconstructietekening auteur, 2001)

In de 13de eeuw vond ook een snelle herinrichting van de nederzetting plaats. Omstreeks het midden van die eeuw waren de akkers vrijwel verdwenen uit het centrumgebied. De agrarische activiteit verplaatste zich meer naar de buitenranden, waar vooral schapen werden gehouden om de omringende heidevelden te begrazen. De vrijkomende gronden werden opgehoogd en geschikt gemaakt voor de bouw van huizen. De vondst van pottenbakkersafval vlakbij de Grote Markt, gedateerd in het midden van de 13de eeuw (Afb. 1) en met een sterke Vlaamse invloed op de vormtaal, getuigt van de opkomende ambachten (VERMUNT, 1997a).

Het proces van stadsvorming werd bekroond met de aanleg van een aarden stadsomwalling in de tweede helft van de 13de eeuw, die ook weer in recent archeologisch onderzoek kon worden aangetoond en die de ruimtelijke ontwikkeling van de stad voor de komende zes eeuwen zou bepalen (VERMUNT, 1997b). Na de opdeling van het land van Breda in 1287 ging Bergen op Zoom een eigen koers varen en werden stad en land een eigen heerlijkheid onder het bewind van Gerard van Wezemaal (Afb. 2).

De bouw van het gasthuis

Het gebied dat besloten wordt tussen Wouwsestraat, Kettingstraat en Korenbeersstraat in het oostelijke deel van de binnenstad, is de plaats waar volgens schriftelijke bronnen uit de 14de eeuw het stedelijke of « oude » gasthuis was gevestigd (Afb. 3). In dit bouwblok deed de gemeentelijke dienst opgravingen in 1992, 1994 en 1999.

Daarbij werden grote delen van het gasthuis en zijn bijgebouwen en kerkhoven onderzocht. Helaas gebeurde dat niet vlakdekkend, zodat hiaten in kennis overblijven en sommige sporen moeilijk te interpreteren zijn. Desalniettemin werden het ontstaan en de ruimtelijke ontwikkeling van het hospitaal in grote lijnen inzichtelijk (VERMUNT, 1993 en 2001).

De site van het gasthuis was in de 13de eeuw een randgebied tussen zand en veen. De oostelijke uitvalsweg van de Markt naar het nabijgelegen dorp Wouw was een pad, dat tussen de vennen door leidde. In de loop van de 13de eeuw werd het veen ontwaterd, ontgonnen en opgehoogd met zand en afval. Men legde een nieuwe weg aan, de tegenwoordige Wouwsestraat ten zuiden van het oudere pad. Waarschijnlijk hield dit verband met het min of meer gelijktijdige opwerpen van de cirkelvormige aarden stadsomwalling en de bouw van een stadspoort op een zandopduiking in het veen.



3. Plattegrond van het gasthuis en de huidige perceelgrenzen (Tekening auteur, 2001)

In het laatste kwart van de 13de eeuw werd langs de nieuwe Wouwsestraat, aan de oostkant van de vroegstedelijke kern, een gasthuis gebouwd, dat volledig in baksteen was opgetrokken (Afb. 4–5). Het had de vorm van een zaalkerk, een bouwvorm die typisch was voor kleinere in natuursteen uitgevoerde dorpskerken in de 10de tot de 12de eeuw, maar in de 13de eeuw nauwelijks nog in baksteen werd toegepast. Een grote rechthoekige zaal, inwendig ruim 22 meter lang en 9,10 meter breed, was verbonden met een kleinere rechthoekige altaarruimte, inwendig 8 meter lang en 6 meter breed. De muren waren 65 cm dik, opgemetseld van bakstenen met een formaat van 28x14x7 cm en aan de binnenzijde bepleisterd en (gedeeltelijk) beschilderd. Het gebouw heeft waarschijnlijk een houten overkapping met tongewelf gehad. Uitwendige steunberen en inwendige uitspringende lisenen, deels op Doornikse steen gefundeerd, verdeelden de ruimte in 5 traveeën en markeerden de plaatsen van de dakgebinten.



4. Reconstructie van het 13de eeuwse gasthuisgebouw, DeRode3D, 2001.

De afwerking van de westgevel en de plaatsing van de ingangen blijft onbekend vanwege verbouwingen in latere perioden. Aangezien er van het gebouw alleen de funderingen en vloeren werden teruggevonden, valt er weinig te zeggen over de inrichting. De overgang van zaal naar altaarruimte bestond uit een 4 meter brede boogopening, waarschijnlijk met triomfboog, die met een hekwerk afgesloten zal zijn geweest. Van het altaarblok was slechts de fundering bewaard gebleven. De oudste vloeren

van het gasthuis bestonden eenvoudigweg uit leem.

Dit betrekkelijk grote gebouw, dat in de 13de eeuw een der zeer weinige volledig stenen bouwwerken in de stad moet zijn geweest, vormde aanvankelijk het eigenlijke gasthuis. Sporen van 13de eeuwse bijgebouwen werden niet gevonden, op enkele resten na van een schuur of loods, een dertigtal meters in noordelijke richting. Mogelijk stonden er nog meer, maar sporen daarvan zijn door de bouw van het Gouvernement in de 17de en 18de eeuw voorgoed opgeruimd. Direct ten oosten van het gasthuis stroomde de « Vuilbeek », een voormalig ontwateringskanaaltje. Tot in de 15de eeuw werden de terreinen ten oosten van die waterloop en ook die ten noorden van het gebouw aangeduid als « gasthuisbeemden ». Ze strekten zich uit tot aan de stadsomwalling en dienden als hooiland en weidegrond voor de instelling. De opmerkelijke ligging van het hospitaal binnen de stadswallen is dus te verklaren door het feit dat de woonkern in die tijd nog veel kleiner was dan het omwalde grondgebied.

Waarschijnlijk stond tegen de noordwand van het gasthuis een houten afdak als bescherming voor een waterput. Enkele smalle funderingen en lemen vloeren tegen de buitenzijde van de zaalmuur wijzen daarop. De waterput was gemaakt van gestapelde, afgedankte eikenhouten bier- of wijntonnen. Er werden in totaal drie van dit soort putten gevonden, dicht bijeen, elkaar in tijd opvolgend. Het hout van de « middelste » van de drie bleek volgens dendrochronologische analyse gekapt te zijn in de periode tussen 1291 en 1305. Uitgaande van de inschatting dat dergelijke tonputten niet veel langer dan 30 jaar bruikbaar waren en daarna vervangen moesten worden, is het mogelijk dat de eerste (niet gedateerde) put omstreeks 1270 was ingegraven, tegelijk met de bouw van het gasthuis, de tweede omstreeks 1300 en de derde omstreeks 1330. Deze laatste put werd, zo zal hierna ter sprake komen, voor 1350 buiten gebruik gesteld.

Opmerkelijk is het ontbreken van beerputten of -kuilen in of bij het gasthuisgebouw. De weinige gebruiksvoorwerpen die een indruk geven van het dagelijkse leven in het gasthuis, enkele waterkannen en kleine kookpotjes, zijn afkomstig uit twee kleine afvalkuiltjes langs de noordgevel en dateren uit de 13de en 15de eeuw. Waarschijnlijk bevond zich daar eveneens een latrine. Het meeste afval uit het gasthuis zal vrijwel direct zijn afgevoerd als mest naar de beemden.



5. Reconstructie van het interieur van het gasthuis, DeRode3D, 2001.

De architectuur van het gasthuis van Bergen op Zoom is, ondanks het feit dat we alleen beschikken over de plattegrond, goed vergelijkbaar met de hospitalen van bijvoorbeeld Breda (VAN DEN EYNDE, 1988) en Delft (BULT, 1994). Ook daar werd het zaalkerktype toegepast, waarbij we ons moeten voorstellen dat de zaal diende voor de opvang van behoeftigen en reizigers, terwijl de altaarruimte voorbehouden bleef voor de eredienst, die door de gasthuispriester dagelijks werd verzorgd. Hoe die zaal er precies heeft uitgezien, blijft onduidelijk. Was hier een combinatie van een « baaierd », waar gasten overdag eten te kregen en zich konden warmen aan een haardvuur, en een ruimte met bedden voor een verblijf van hooguit een of twee nachten? Of waren beide functies niet fysiek van elkaar gescheiden? Het toponiem of de aanduiding « baaierd » is hier nooit gebruikt, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Breda. Hoe dan ook, het gasthuis was aanvankelijk een passantenhuis, een hospitium in de ware zin des woords, waar men te eten

kreeg en enkele nachten kon verblijven (QUERIDO, 1967; KOSSMAN-PUTTO, 1982). De ontwikkeling naar ziekenzorg is van later tijd. Tekenend is dat er nergens in en rond het gebouw begravingen uit de late 13de of vroege 14de eeuw werden gevonden. Ten eerste zal de instelling in die periode waarschijnlijk geen eigen begraafrecht hebben gehad — het kerkhof van de Gertrudiskerk was vlakbij —, ten tweede valt ook niet te verwachten dat er in die beginfase veel zieken in het gasthuis verbleven en overleden.

Het Bergse gasthuis is ongetwijfeld een stedelijke stichting geweest. De stad had er alle belang bij dat de straten 's nachts vrij waren van bedelaars en daklozen. Helaas zijn er geen stichtingsdocumenten, statuten of reglementen overgebleven. Het zal vanouds gewijd zijn geweest aan de heilige Martinus, hoewel dit patroniem pas gebruikt wordt in 15de eeuwse bronnen. De gasthuismeesters stonden in de 15de eeuw onder toezicht van het stadsbestuur en de dagelijkse zorg was in handen van lekenzusters en -broeders. De inkomsten kwamen uit schenkingen en opbrengsten van landerijen. Niets wijst er op dat dit in de 13de eeuw anders was.



6. Drinkgerei van het gasthuis, vroeg-14de eeuw, foto Gemeentelijk Archeologisch Depot.

Een belangrijke kwestie is daarmee nog onopgelost: de vroege vermelding van het stedelijke gasthuis in het testament van de heer van Breda in 1246, toen het begiftigd werd met 3 Leuvense ponden. Uit de opgravingen is duidelijk dat dit gasthuis niet aan de Wouwsestraat gestaan kan hebben. De datering van de ophogingslagen is daarmee in

tegenspraak. Er was dus reeds eerder een hospitaal, dat misschien dichterbij de Markt gezocht moet worden. Een mogelijke locatie is de Engelsestraat, in de 13de eeuw nog Heilige Geeststraat genoemd. De Tafel van de Heilige Geest was immers de oudste instelling voor de armenzorg.

Verbouwingen van het gasthuis

Uit het archeologische onderzoek zijn sporen aan het licht gekomen van talrijke verbouwingen en herstelwerkzaamheden aan het gasthuis, die niet eenvoudig van elkaar te onderscheiden zijn. Het meeste houtvast bieden hier de opeenvolgende ophogingen van de vloeren en de baksteenformaten. De positie van het gebouw, half gefundeerd in dekzand en half in een opgevulde veenkom, gaf al snel problemen.



7. Reconstructie van het interieur van het gasthuis, DeRode3D, 2001.

De inklink van het veen veroorzaakte ernstige verzakkingen in de altaar ruimte en schade aan de aanhechting naar het zaalgedeelte. De eerste herstelbeurt vond plaats in het begin van de 14de eeuw en bestond uit de herbouw van het altaargedeelte. De triomfboogdoorgang kreeg een twee meter diepe fundering, tot op het onderliggende dekzand. De fundering van de altaar ruimte zelf werd merkwaardig genoeg nauwelijks versterkt. Wel werd de vloer verhoogd en belegd met rode geglazuurde plavuizen. Het meest gebruikte steenformaat tijdens het herstel was 25/26x12,5x5,5 cm, een

formaat dat in Bergen op Zoom gebruikelijk was in de eerste helft van de 14de eeuw.

Ten noorden van het gebouw werden muren opgetrokken die mogelijk dienden als begrenzing tussen het gasthuiserf en de kort daarvoor gereedgekomen bebouwing aan de Blauwehandstraat, in 1302 nog « Nieuwstraat » genoemd. Het gasthuiserf aan de noordzijde van het gebouw veranderde in een kleine open binnenruimte, waarschijnlijk omsloten door bebouwing aan de noord- en oostzijde. De westelijke oever van de Vuilbeek werd in dezelfde periode aanmerkelijk opgehoogd, ongetwijfeld om de bouw van schuren en stallen mogelijk te maken. Zoals eerder vermeld werd, is daar vanwege de onderkelderde gouverneurswoning weinig van overgebleven.

Begravingen

In 1999 kon een deel van het binnenterrein van het gasthuis door middel van brede proefsleuven onderzocht worden, nadat in 1992 en 1994 al de funderingen van het hoofgebouw en enkele bijgebouwtjes in kaart waren gebracht. Dit leverde de nodige verrassingen op. Op het terrein, thans een klein stadsplein, werd een concentratie van grote vierkante massagraven van gemiddeld twee bij twee meter gevonden, waar steeds 15 tot 25 lichamen in bijgezet waren. Elf van dit soort kuilen tekenden zich geheel of gedeeltelijk af, maar het totale aantal op het pleintje was beslist groter (Afb. 8–10).

De graven waren met tussenruimte aangelegd, dus vrijwel zonder oversnijdingen. Merkwaardigerwijs waren ze ook vrijwel allemaal vanuit hetzelfde vroeg-14de eeuwse loopvlak gegraven. Dit betekent dat de begravingen in betrekkelijk korte tijd plaatsvonden. Alle ruimte was benut, zelfs de waterput was gedempt en met graven overdekt. Van de elf grafkuilen werden er vijf volledig en twee gedeeltelijk opgegraven. De droge zandgrond zorgde voor een zeer slechte conservering van de skeletten,



8. Opgraving op het Gouvernementsplein. Foto Gemeentelijk Archeologisch Depot, 1992.

geslacht en eventuele pathologieën. Globaal waren er vier soorten van massagraven te onderscheiden :



9. Massagraf F17, Foto Gemeentelijk Archeologisch Depot, 1999.



10. Plattegrond van het gasthuis en de begravingen, toestand midden 14de eeuw (Tekening auteur, 2001)

Grafkuil type 1

Een vierkante kuil, waarin alleen kisten voorkwamen, die regelmatig naast en op elkaar waren gestapeld.

Een voorbeeld hiervan is grafkuil F17, die minimaal 13 individuen bevatte, in vier lagen naast elkaar, alle in kisten. Het betrof de resten van 7 volwassen vrouwen en 6 kinderen van 2 tot 11 jaar.

Grafkuil type 2

Een vierkante kuil, die zowel kisten als begravingen zonder lijkstap bevatte. Een voorbeeld is grafkuil F29. Dit graf bevatte tenminste 18 personen, zowel mannen als vrouwen als een kind, waarvan er 14 in kisten lagen en daarboven nog 4 individuen zonder oriëntatie en in vreemde houdingen. Het ging hier om lichamen, die in lijkzakken gewikkeld, boven op de kisten in de kuil waren geworpen.



11. Grafkuil F29, graf zonder oriëntatie. Foto Gemeentelijk Archeologisch Depot, 1999.

Grafkuil type 3

Een vierkante kuil met regelmatig gestapelde kisten bovenop een aantal enkelvoudige kistgraven. Een voorbeeld is grafkuil F59, die minimaal 10 kistgraven bevatte, regelmatig gestapeld, maar waar dieper drie enkelvoudige kistgraven onder lagen. Alle begravingen waren echter duidelijk in een keer uitgevoerd. Het betrof één massagraf, waarbij men vermoedelijk begon met een normale begraafwijze in kleine kuilen, maar meteen daarna de kuil heeft vergroot tot massagraf.

Grafkuil type 4 (F57)

Een vierkante kuil met regelmatig gestapelde kisten, met aan het «voeteneind» (aan de oostzijde) daarvan een cluster van kleine grafkistjes, dwars geplaatst, met daarin de skeletten van jonge kinderen.



12. gesp uit graf bij altaar. Foto Gemeentelijk Archeologisch Depot, 1999.

Een voorbeeld hiervan is grafkuil F57, dat de lichamen van een onbekend aantal volwassenen bevatte en de lichamen van tenminste 13 kinderen, in leeftijd variërend van 6 maanden tot 10 jaar.



13. Grafkuil voor het altaar. Foto Gemeentelijk Archeologisch Depot, 1999.

De verzamelde skeletresten behoorden toe aan tenminste 120 individuen, te verdelen in een vrijwel gelijk aantal vrouwen (20), mannen (18) en kinderen (24). De rest (58) bleef onge-

determineerd. Verdere analyse van het botmateriaal bracht opmerkelijk veel sporen aan het licht van bloedarmoede, groeistoornissen (glazuurhypoplasie), botontstekingen en gebits- en gewrichtsaandoeningen, verspreid over vrijwel de gehele groep, waardoor het beeld ontstaat van een populatie met een slechte lichamelijke gesteldheid. Daarbij ging het in de meeste gevallen niet om aandoeningen die de dood tot gevolg hadden; de directe doodsoorzaak (bijvoorbeeld sporen van geweld) kon nergens vastgesteld worden (Visser, 2003).

Alle kistbegravingen waren georiënteerd. Het kisthout was nagenoeg volkomen vergaan, alleen de ijzeren nagels resteerden. De meeste graven waren vrij van bijgiften, op enkele uitzonderingen na. In sommige massagraven werden eenvoudige koperen gespen gevonden. Deze waren geen overblijfsel van kleding, maar moeten een bijzondere betekenis hebben gehad als bijgift. In een van de kistgraven was de overledene namelijk met de handen plat naast het lichaam neergelegd, met onder elke hand een gesp. Eén graf, een van de onderliggende in grafkuil type 3, bevatte een koperen vingerring.

Begravingen in het gasthuis

Zowel in 1992 als 1999 werd ook een gedeelte binnen het gasthuis archeologisch onderzocht. Dit gebeurde door middel van enkele proefsleuven omdat er geen directe bedreiging voor dit deel van het terrein bestond. Hieruit bleek dat vrijwel de gehele ondergrond van het gebouw als grafveld was gebruikt, zowel de zaal als de altaaruimte. Deze binnengraven verschilden duidelijk van de massagraven buiten. Het waren uitsluitend enkelvoudige kistgraven, die niet alleen zeer dicht tegen elkaar lagen maar ook vanuit diverse niveaus elkaar doorsneden, hetgeen identificatie van de skeletresten ernstig bemoeilijkte. Bovendien werden er in de meeste kistgraven kleine muntjes gevonden als bijgift. De meeste ervan waren miltjes, geslagen in de periode 1295–eind 14de eeuw. Eén graf bevatte zowel een Romeinse sestertius als een 14de eeuwse muntspeld. Deze voorwerpen konden op

willekeurige plaatsen in de grafkist liggen. Het meegeven van munten of penningen, vaak van weinig of geen waarde, is onder meer bekend uit het gasthuis van Breda en de kathedraal van Antwerpen, zelfs uit grafvelden van ver buiten de Brabantse regio (SCHEERS EN OOST, 1991).

Op basis van de onderzochte gedeeltes moet het aantal begravingen in de zaal minimaal 150 bedragen. Er was duidelijk in meerdere periodes begraven, aangezien er ook graven vanuit een hoger gelegen leemvloer waren aangelegd en her en der knekelkuilen met gestapelde beenderen voorkwamen. Helaas is het aantal gerecupereerde skeletten of skeletdelen te gering om een vergelijking te maken met die uit de massagraven.

Heel anders was de situatie in het altaargedeele, waar uitsluitend enkelvoudige kistgraven werden gevonden. De grafkuilen lagen veel ordelijker, naast elkaar, verdeeld over de beschikbare ruimte. De oudste waren ingegraven vanuit de tweede, vroeg-14de eeuwse vloer. Ook in later tijd was er nog begraven, zoals een teraardebestelling van een circa 25 jarige vrouw in het midden van de ruimte, vanuit een 15de eeuws vloerniveau, aantoonde. Op basis van de aangetroffen sporen wordt het aantal grafkuilen in de altaaruimte geschat op ongeveer 30. Ook hiervan zijn er te weinig onderzocht om te kunnen vergelijken met de andere resten. Alle gevonden graven bevatten een of meer miltjes en de algehele indruk is dat er meer zorg werd besteed aan het plaatsen van de kisten. De grafkuilen leken ook iets dieper dan die in de zaal.

Een van de lichamen, in een graf recht voor het altaarblok, lag omgekeerd, dat wil zeggen met de voeten naar het westen. Het betrof een man, minimaal 70 jaar oud, van tamelijk lang postuur. Hij moet last hebben gehad van gewrichtsontstekingen aan de benen. Bij het middel lag een miltje uit het midden van de 14de eeuw en een koperen gesp. De schedel en onderkaak stonden aan de basis van een gezichtsreconstructie. De plaats van het graf en de omgekeerde ligging maken aannemelijk dat hier een geestelijke, waarschijnlijk de priester

van het gasthuis, zijn laatste rustplaats had gekregen.



14. Gezichtsreconstructie van de (vermoedelijke) gasthuispriester, door M. d'Hollosy, 2001.

De pest

De stratigrafie van de graven in en rond het gasthuis, de datering van de muntjes en de gespen en de massagraven zelf, wijzen op een plotselinge dramatische gebeurtenis. In korte tijd werd alle beschikbare ruimte buiten het gebouw benut als kerkhof en, wat veelzeggend is, ook het interieur van het gasthuis. Dit betekent dat het gebouw in feite niet meer bruikbaar was als passantenhuis. De vraag of dit slechts van tijdelijke aard was, of permanent, is

essentieel, maar helaas ook erg moeilijk te beantwoorden.

De reden van de massale sterfte zou in principe een hongersnood of epidemie geweest kunnen zijn. De grote hongersnoden van 1315–1317 lijken hier echter te vroeg voor, bovendien is de mortaliteit van een te grote schaal. Eerder moet hier de grote pestepidemie van 1347–1351 verantwoordelijk voor worden gehouden. De pest trof de Lage Landen in 1349 en hoewel eerdere schrijvers de impact ervan op de lokale bevolking, vergeleken met Engeland en Frankrijk, relatief gering achtten, toont recent historisch onderzoek naar de ramp in dit gebied toch een ernstige aantasting van de sociaal-economische structuur aan (Blockmans, 1980). Daarbij moet bedacht worden dat Bergen op Zoom in 1337 de vrijheid had verkregen om wol uit Engeland in te voeren. Het ligt voor de hand dat de pandemie ook deze stad getroffen zal hebben, ondanks het feit dat dit uit geen enkele geschreven bron valt op te maken. De stratigrafie en de bijgiften in de graven wijzen alle op het midden van de 14de eeuw. Deze vondst is dus van grote betekenis: het zijn de eerste massagraven van de 14de eeuwse pestepidemie die in de Nederlanden aangetoond zijn. Eerder werd er wel archeologisch onderzoek gedaan naar massale begravingen ten gevolge van de pest, maar dan betrof het uitbraken in de 17de eeuw (MAAT *et al.*, 1985).



15. Begravenis van slachtoffers van de pestepidemie in Doornik, Kroniek van Gilles Li Muisis, ca. 1360.

De vraag blijft, hoe groot het grafveld van de massagraven is geweest. Aan de randen van het tegenwoordige Gouvernementsplein, waar opgravingen niet mogelijk waren, is met behulp van grondboringen vastgesteld dat ook hier, zelfs onder het huidige Gouvernement, begravingen lagen in dezelfde stratigrafie. Zoals gezegd, is waarschijnlijk de gehele beschikbare ruimte benut. Een voorzichtige schatting komt tot 40 massagraven met in totaal ruim 800 individuen. Een al even voorzichtige aanname van 50 midden-14de eeuwse begravingen in het gebouw, maakt een totaal van 850 doden. Op een geschatte bevolking van 2500 tot 3000 zielen betekent dit een mortaliteit van een kwart tot een derde deel, ervan uitgaande dat hier uitsluitend inwoners van de stad liggen begraven.

De aanlegwijze van de massagraven, waarbij in enkele gevallen nog enkelvoudige kuilen te onderscheiden zijn (type 3), gevolgd door gestapelde kisten (type 1) en tenslotte lijkzakken (type 2), doet denken aan een snel om zich heen grijpende besmetting, gevolgd door een enorme toename van het sterftecijfer waarbij men de doden verzamelde in het speciaal voor dat doel vrijgemaakte gasthuis, culminerend in een dusdanige aanvoer van lichamen, dat er tenslotte geen kisten meer voorradig waren om fatsoenlijk in te begraven.

Een intrigerende kwestie is het verschil in teraardebestelling tussen buitenerf, zaal en kapelruimte. Was er een reden om ook binnen te begraven, echter zonder massale opeenstapeling van kisten? Wijzen de vele muntjes, die buiten ontbreken, op een zorgvuldiger begrafenisritueel, wellicht voorbehouden aan de hogere sociale klasse? En is omgekeerd de slechte gezondheidstoestand van de doden op het erf een indicatie voor een lagere maatschappelijke rangorde? Dit blijven helaas gissingen, want noch het aantal graven, noch het daaraan gepleegde skeletonderzoek biedt voldoende houvast om stellige uitspraken te doen over verschillen of overeenkomsten. Wel is zeker dat de altaarruimte, als gewijde plek voorbehouden was en bleef aan bijzondere personen, zoals priesters en wellicht ook

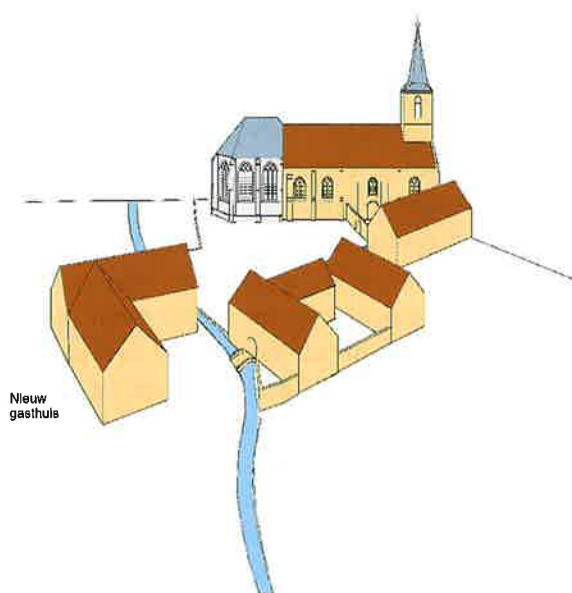
gasthuismeesters en verzorgend personeel. Alles wijst er op dat ook de priester die zo prominent voor het altaar lag, aan de pestepidemie bezweken is.

Van gasthuis naar kapel

De pestepidemie betekende een keerpunt voor het Bergse gasthuis. Het is de vraag of de ruimte weer geschikt werd gemaakt als opvanghuis. De vele begravingen in de zaal, die op grond van de muntjes en de hogere ligging uit de tweede helft van de 14de eeuw moeten dateren, maken dit weinig waarschijnlijk, of het moet zijn dat vele van deze graven het droeve resultaat zijn van nieuwe, kortstondige epidemieën. Twee van de massagraven buiten het gebouw zijn hier zeker mee in verband te brengen. Een ervan bevatte de overblijfselen van een onbekend aantal volwassenen, waaraan bij de voeten 13 kleine houten lijkstijlen van jonge kinderen, sommige zelfs nog zuigelingen, geplaatst waren. Dit massagraf, waarschijnlijk deel uitmakend van een groepje van drie, dateert uit de tweede helft van de 14de eeuw aangezien het was ingegraven vanuit een terreinophoging die na de eerste ramp plaats had gevonden. Sprekender nog is de ligging: op een driehoekig stukje grond aan de Gasthuisstraat, juist buiten de ommuring van het hospitaal, waarvan men wist dat alleen daar nog ruimte onbenut was. Dit is ook een indirect bewijs voor de volledige ruimtebenutting op het erf bij de eerste uitbraak van de ziekte. Waarschijnlijk werden deze graven gedolven in een periode waarin de pest opnieuw uitbrak. De ziekte, intussen endemisch geworden, keerde terug in de perioden 1360-1361, 1374-1375 en 1388-1390. De tweede golf trof verhoudingsgewijs veel kinderen, omdat volwassenen intussen enige lichamelijke resistentie hadden opgebouwd. Een datering rond 1360 blijft uiteraard een veronderstelling, op basis van slechts één graf.

In de tweede helft van de 14de eeuw werd het gasthuisgebouw in zijn geheel tot de fundering afgebroken en op hetzelfde grondplan, zij het met minder dikke muren en mogelijk met een

gewijzigde dakstoel, heropgebouwd. Het steenformaat bedroeg 23x11,5x5 cm. In de zaal werd een nieuwe leemvloer aangebracht, ruim een halve meter hoger, evenals in de altaarruimte, waar de oude plavuizenvloer werd gelicht en opnieuw aangebracht in een diagonaal patroon, gemengd met grijsbakkende tegels. Ingrijpend waren ook de ophoging van het gehele buitenerf met een zestig centimeter dik pakket grond en de volledige vervanging van de ommuring. De reden voor deze ingreep blijft onbekend; zowel de slechte bouwstaat als de pestepidemie zelf kunnen een rol hebben gespeeld. De waterput, omstreeks 1349 gedempt en half overdekt door een massagraf, kreeg in deze tijd waarschijnlijk een opvolger voor de voorgevel van het gasthuis, aan de straat, waar nog tot in de 20^{ste} eeuw een pompput gesitueerd was.



16. Reconstructie van het gasthuiscomplex in het begin van de 15de eeuw, gezien vanuit het noorden (Tekening auteur, 2001).

Indien het oude gasthuisgebouw nog tot het einde van de 14de eeuw als zodanig in gebruik bleef, kwam daar in de 15de eeuw zeker een einde aan. Het gebouw kreeg definitief een functie als kapel en voor de eigenlijke opvang van hulpbehoevenden werd een nieuw gasthuis opgericht op 30 meter afstand noordoostelijk van het oude. Thans staat hier het Gouvernement, een imposant bouwwerk, opgetrokken in 1787 met gebruikmaking van de resten van laatmiddeleeuwse woningen en een gebouw, dat in de schriftelijke bronnen van de

late 15de en 16de eeuw aangeduid wordt als « gasthuis ». Helaas is er bij de modernisering van dit complex tot winkelcentrum in 1992 nauwelijks enig bouwhistorisch onderzoek uitgevoerd, zodat vrijwel niets bekend is over de vorm van dit « tweede » hospitaal. Op basis van enkele nog aanwezige zeer zware, 15de eeuwse muren en de ligging van enige oudere kelders, kan wellicht een hoofdgebouw van 8 bij 15 meter worden gereconstrueerd, dat op de oostelijke oever van de Vuilbeek stond.

17. Reconstructie van de 15de eeuwse gasthuiskapel, DeRode3D, 2001.

Het oude gasthuis aan de Wouwsestraat verkeerde in het begin van de 15de eeuw in een slechte staat. Een grote brand, waarschijnlijk de stadsbrand van 1397 die de hele stad in as legde, had zijn sporen achtergelaten. De lemen vloer, oranje gebakken door het vuur, werd opgehoogd en het opgaande muurwerk, eveneens aangetast, werd van binnen verbreed en van buiten voorzien van grote steunberen. Ingrijpender was de sloop van de altaarruimte en de nieuwbouw van een polygonale koorsluiting met steunberen, diep gefundeerd en geheel opgetrokken in gotische stijl, uitwendig bekleed met Gobertanger steen. Het steenformaat bedroeg 20/21x10x4,5 cm. Aan de westgevel werd mogelijk in dezelfde tijd een toren toegevoegd, na afbraak van de meest westelijke travee, hetgeen een verkorting van de zaal betekende. In 1444 werd het touw geleverd voor de gasthuisklok. Of deze grote verbouwingen kort na 1397 of pas tientallen jaren



18. Plattegrond van het gasthuiscomplex in het midden van de 15de eeuw (Tekening auteur, 2001)

later plaatsvond, blijft onbekend. Het gebouw kreeg de vorm van een kapel en wanneer men let op de vreemde aanhechting van beide dakvlakken, zoals afgebeeld op 18de eeuwse tekeningen, wordt duidelijk dat het in de bedoeling lag om uiteindelijk ook het schip in natuursteen te vervangen (VANWESENBEECK, 1993, p. 9 en 11).

In 1994 kon een terrein ten noordoosten van het oude gasthuis, grenzend aan de Vuilbeek, worden onderzocht. Dit bracht de funderingen en vloeren aan het licht van twee rechthoekige in baksteen opgetrokken gebouwen van 5 bij 12 meter, verbonden door een kleiner stenen gebouwtje dat mogelijk dienst deed als smederij. Ze werden in het begin van de 15de eeuw gebouwd op de plaats waar tevoren een dienstgebouw of schuur had gestaan. In het midden lag een vierkante binnenhofje met waterput. Aan de buitenzijde van de tuinmuur was een grote beerput gemetseld. Het is wel zeker dat dit symmetrisch aangelegde kleine gebouwencomplex, dat nergens in de archieven duidelijk wordt omschreven, onderdeel vormde

van de gasthuisinstelling. Misschien diende het als woongedeelte voor het verzorgende personeel of als gescheiden verblijf voor mannen en vrouwen. Deze splitsing trad ook op in andere steden, bijvoorbeeld Delft (KISTEMAKER, 1990). De noordelijke van de twee huizen was met een brug over de Vuilbeek verbonden met het eerder genoemde gasthuisgebouw aan de andere oever. Een ander belangrijk element in de ontwikkeling van het gasthuis vormde de verplaatsing van het kerkhof. Zoals eerder gezegd, werden er op het oude binnenterrein van het hospitaal na de ophogingen nauwelijks nog graven aangelegd en ook binnen het gebouw bleef het aantal 15de eeuwse graven beperkt. Achter het nieuwe gasthuis, aan de overzijde van de Vuilbeek, werd op een rechthoekig ommuurd en kunstmatig opgehoogd terrein van circa 22 bij 40 meter een groot kerkhof ingericht. Het bood ruimte aan vele honderden graven in de periode tussen het begin van de 15de eeuw (of wellicht iets eerder) en het eerste kwart van de 16de eeuw. Het archeologisch onderzoek bleef hier helaas beperkt tot proefsleuven om de stratigrafie en

omvang van het grafveld vast te stellen, aangezien het nauwelijks aangetast zou worden door de nieuwbouw. Het aantal graven en knekelkuilen was er enorm. Er werden bovendien opvallend veel skeletresten van kinderen gevonden, steeds vergezeld van munten als bijgiften, zowel 15de eeuwse mijtjes als vroeg-16de eeuwse rekenpenningen. Helaas is de hoeveelheid verzameld botmateriaal wederom te gering voor vergelijkend onderzoek. Zo blijft ook onduidelijk of dit enorme grafveld het resultaat is van de door ouderdom of ziekte gestorven inwoners van het gasthuis, ofwel van kortdurende uitbraken van pest en andere besmettelijke ziekten die de hele stad troffen.

In de loop van de 14de en 15de eeuw steeg het aantal kostkopers en proveniers in de stedelijke gasthuizen van de Noordelijke Nederlanden (KOSSMAN-PUTTO, 1982, p. 260).



19. Verpleging van een zieke, anoniem, z.j.

In feite veranderden de gasthuizen van instellingen die afhankelijk waren van eigen grondopbrengst en liefdadigheid, in organisaties die floreerden van regelmatige inkomsten uit de prebenden. Wat de gevolgen waren voor de ruimtelijke ontwikkeling en de inrichting van het Bergse gasthuis, is bij gebrek aan archeologisch materiaal niet te achterhalen. Ook de archieven zwijgen over ruimtegebruik en mogelijke splitsing van functies binnen de instelling. En al nemen de geschreven bronnen toe in de tweede helft van de 15de eeuw, dan nog zijn zij moeilijk in verband te brengen met de archeo-

logische resultaten. Het merendeel heeft betrekking op het « tweede » gasthuis langs de Vuilbeek en het verplaatste kerkhof waar nauwelijks onderzoek plaatsvond. Zo gaf men in 1472 en 1473 grote bedragen uit voor de uitbreiding van het gasthuis en de aankoop van en stuk grond voor de bouw van een pesthuis. Vermoedelijk was dit gevestigd bij het cellebroederklooster, een zestigtal meters ten oosten van het gasthuis aan de huidige Korenbeursstraat. De cellebroeders bekommerden zich met name om de opvang van de pestpatiënten, die weer in aantal toenamen in de epidemieën van de late 15de eeuw. Diverse posten voor timmer- en metselwerk in de economische bloeiperiode rond 1500 hebben mogelijk betrekking op vergroting van het gasthuisgebouw aan de Vuilbeek. Hier werden bij het onderzoek resten van een natuurstenen kade gevonden, waarop de zijgevel van een gebouw gestaan heeft. Wellicht kwam toen het huidige bouwvolume van de noordelijke vleugel van het Gouvernement tot stand. Het gasthuis zou dan tenminste een grondplan van 15 bij 18 meter gehad hebben, aan de westzijde begrensd door de beek, aan de noord- en oostzijde door het kerkhof en aan de zuidzijde door een pad waaraan de « pluimhuiskens » ofwel kippenrennen stonden, zoals ze in een akte van 1501 omschreven werden (VANWESENBEECK, 1993). Kortom, in archeologisch en bouwhistorisch opzicht blijft de kennis over het 15de eeuwse gasthuis erg beperkt ten opzichte van zijn 13de eeuwse voorganger aan de Wouwsestraat.



20. Maquette van Bergen op Zoom, detail met gasthuiskapel vanuit het noorden gezien, ca. 1750. Musée des Plan Reliefs, Paris.

Het einde van het gasthuis

Het gasthuisterrein raakte in de loop van de 15de eeuw geleidelijk aan geheel door woonhuizen en erven ingesloten. Nog afgezien van de ongeschikte ligging in de stad, beperkte dit elke mogelijkheid tot uitbreiding. Reeds in 1478 had het stadsbestuur een overeenkomst gesloten met zusters uit Alkmaar voor de bouw van een klooster en pesthuis, gewijd aan de heilige Elisabeth, 250 meter buiten de Wouwsepoort. In 1525 besloot de heer van Bergen op Zoom tot de oprichting ter plaatse van een geheel nieuw «ziekenhuis», geleid door de zusters maar onder toezicht van de heer en de magistraat. Dit had de sluiting van het oude Sint Maartensgasthuis tot gevolg. Daarmee kwam ook een einde aan het gebruik van de begraafplaats, die in verkoopakten van belendende panden jarenlang steeds «kerkhof» genoemd was, maar na 1525 ineens «erf van het oude gasthuis» werd genoemd (VAN EEKELLEN & VAN WESENBEECK, 1989). Het gebouwencomplex ging in 1546 dienst doen als «grote» school en kostschool. De onderwijzer nam zijn intrek in een huis aan de Gasthuisstraat, direct ten noorden van de kapel. In 1551 werd er ook de stadsschool of «gemene school» gevestigd. In 1578, vier jaar na de reformatie, nam men de oude gasthuiskapel in gebruik als kerk. Deze was inmiddels zo bouwvallig dat regen en wind er vrij spel in hadden. Vanaf 1604 fungeerde de kapel als paardenstal van de gouverneur en wachthuis van de ruitery. Het koorgedeelte werd in 1625 ingericht als Franse school. De overige gebouwen van het voormalige gasthuis gingen in 1594 grotendeels tegen de vlakte en wat er van over bleef, kwam in 1668 in handen van de Raad van State om een nieuwe bestemming te krijgen als woning van de Gouverneur. Tijdens de belegering van Bergen op Zoom door het Franse leger in 1747 raakte de kapel zwaar beschadigd, om enkele jaren later afgebroken te worden. De Gouverneurswoning, in feite een samenvoeging van het oude gasthuis, de school en een huis aan de Wouwsestraat, werd in 1787 zo grondig verbouwd, dat er thans van het middeleeuwse hospitaalcomplex vrijwel niets meer over is. Het resultaat was een

representatief maar sober gebouw met symmetrische voorgevel, twee verdiepingen en een wandeltuin ter plaatse van de afgebroken kapel. De gasthuisfunctie herleefde in 1819 met de vestiging van een militair hospitaal voor het garnizoen van Bergen op Zoom. Sinds 1992 is het een winkelcentrum.



21. Het Gouvernement met voorplein. Foto Regionaal Historisch Centrum Bergen op Zoom, 1993.

Literatuur

- BLOCKMANS W.P., 1980. De pest in de Nederlanden, *Spiegel Historiae*, p. 427-437.
- BULT E.J., 1994. Gasthuisplaats, Delfia Bata-vorum. *Archeologische Kroniek van Delft juni 1993 - juni 1994*, Delft.
- KISTEMAKER J.G.M., 1990. Delft, een gasthuis grondig bekeken. In: SARFATJ H., *Verborgene steden. Stadsarcheologie in Nederland*, Amsterdam, p. 123-127.
- KOSSMAN-PUTTO J.A., 1982. *Armen- en ziekenzorg in de Noordelijke Nederlanden, Algemene Geschiedenis der Nederlanden*, deel 2, Haarlem, p. 254-267.
- LEENDERS K.A.H.W., 1996. *Van Turnhoutervoorde tot Strienemonde. Ontginnings- en nederzettingsgeschiedenis van het noordwesten van het Maas-Schelde-Demergebied (400-1350)*, Zutphen.
- MAAT G.J.R., ROZENDAAL W.J.M. & STARMANS J.L.M., 1984. Menselijke skeletresten opgegraven bij het pesthuis te Leiden, *Jaarverslag bodemonderzoek in Leiden*, 7^e jaargang, Leiden, p. 49-56.
- QUERIDO A., 1967. *Godshuizen en gasthuizen*, Amsterdam.

- SCHEERS S. & OOST T., 1991. The coins excavated in the H.Mary Cathedral of Antwerpen, *Acta Archaeologica Lovaniensia*, 30, p. 121-140.
- VAN DEN EYNDE G., 1988. Archeologisch onderzoek op het terrein Beyerd/Vlaszak 1985/1986. Een voorlopig verslag. *In: Graven rond de Beyerd*, Breda, p. 23-40.
- VAN EEKELN T. & VANWESENBEECK C.D., 1989. Van gasthuismeesters, momboirs en regenten. De geschiedenis van het algemeen burger gasthuis en zijn voorgangers te Bergen op Zoom 1246-1968, *Studies uit Bergen op Zoom. Bijdragen tot de geschiedenis uitgegeven door de geschiedkundige kring van stad en land van Bergen op Zoom*, deel 7, Bergen op Zoom.
- VAN HAM W.A., 1987. Vorming en voortbestaan van het middeleeuwse stadsbeeld. *In: Bergen op Zoom gebouwd en beschouwd. Studies over stad en stadsbeeld uitgegeven ter gelegenheid van het zeventhonderdjarig bestaan van Stad en Land van Bergen op Zoom*, Bergen op Zoom/Alphen a/d Rijn, p. 73-104.
- VAN HAM W.A., 2003. *Historische stedenatlas van Nederland. Aflevering 7. Bergen op Zoom*, Delft.
- VANWESENBEECK C.D., 1993. Het Sint Maartensgasthuis. *In: VAN HAM W.A. et al. (red.), Te gast bij Sint-Maarten. Opgravingen bij het Sint-Maartensgasthuis te Bergen op Zoom*, Bergen op Zoom, p. 5-14.
- VERMUNT M., 1993. De opgravingen rondom het voormalige Militaire Hospitaal. *In: VAN HAM W.A. et al. (red.), Te gast bij Sint-Maarten. Opgravingen bij het Sint-Maartensgasthuis te Bergen op Zoom*, Bergen op Zoom, p. 15-46.
- VERMUNT M., 1997a. De Potteriekes avant-la-lettre. De vondst van 13de eeuws pottenbakkersafval tijdens bouwhistorisch onderzoek in de Fortuinstraat, *De Waterschans XXVII-2*, p. 76-80.
- VERMUNT M., 1997b. De oudste omwalling van Bergen op Zoom, *De Waterschans XXVII-4*, p. 125-128.
- VERMUNT M., 1999. Stad van Bergen en Zomen. Archeologisch onderzoek naar de stedelijke ontwikkeling van Bergen op Zoom in de periode 1000-1300. *In: JACOBS J. (ed.), Restaureren is geen zaak van mooi of lelijk. Besturen en bouwen met Booij*, deel 1, Bergen op Zoom, p.165-195.

ROMANIS,

