



HAL
open science

Hygiène et intimité

Lion Murard, Patrick Zylberman

► **To cite this version:**

Lion Murard, Patrick Zylberman. Hygiène et intimité. [Rapport de recherche] 0857/93, Ecole d'Architecture Paris-Villemin; Bureau de la recherche architecturale (BRA). 1993. hal-03097464

HAL Id: hal-03097464

<https://hal.science/hal-03097464>

Submitted on 5 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

14304



3030026117441

*ECOLE D'ARCHITECTURE DE
VERSAILLES*

LION MURARD ET PATRICK ZYLBERMAN

HYGIENE ET INTIMITE

Rapport final
(lettre de commande n° 88554 du 8/6/93)

Ecole d'architecture de Paris-Villemin
11 quai Malaquais, 75006 Paris

Décembre 1993

LION MURARD ET PATRICK ZYLBERMAN

HYGIENE ET INTIMITE

Rapport final
(lettre de commande n° 88554 du 8/6/93)

Ecole d'architecture de Paris-Villemin
11 quai Malaquais, 75006 Paris

Décembre 1993

LION MURARD ET PATRICK ZYLBERMAN

614
MUR

HYGIENE ET INTIMITE

Rapport final
(lettre de commande n° 88554 du 8/6/93)

Ecole d'architecture de Paris-Villemin
11 quai Malaquais, 75006 Paris

Décembre 1993

14304

AVANT-PROPOS

Nous présentons ici quelques éléments d'une recherche en cours d'achèvement sur l'histoire de la santé publique en France (1870-1940), trois chapitres consacrés à la lutte antituberculeuse au début du siècle qui voudraient cerner les relations conflictuelles entre assistance et santé publique.

Les problèmes économiques et financiers ont orienté la lutte contre la tuberculose dans des voies médicales à l'efficacité rien moins qu'assurée. Ces choix techniques découlent par ailleurs d'une interprétation de l'incidence de la maladie sur la productivité de la population ouvrière, interprétation qui semble avoir été au principe même de la stratégie déployée par la prophylaxie antituberculeuse. L'examen de la politique arrêtée par les pastoriens — l'Etat étant largement carent à cette époque — ne manque pas de soulever des problèmes éthiques de toute première gravité. En prenant partie pour l'intérêt collectif (le sauvetage des malades socialement « utiles ») aux dépens de la justice (l'accès de tous les tuberculeux aux soins), c'est en effet une véritable logique du sacrifice qui peu ou prou s'est instaurée.

L'ensemble évoque un chapitre douloureux de l'histoire de la pauvreté urbaine et de sa gestion dans le cadre d'un réel désengagement de l'Etat.

naïveté du public (*infra*, XVI et XVII). « C'est tout naturel, avait marqué six ans auparavant depuis Liège Ernest Malvoz, directeur de l'Institut bactériologique, à l'adresse de son intime ami Albert Calmette : quiconque proposera aux médecins une méthode de traitement permettant de peloter le malade à domicile et de lui soutirer ses derniers sous sera le bienvenu. Maudit au contraire celui qui vient dire qu'il faut arracher le tuberculeux à son médecin et l'envoyer au loin. Le sanatorium est considéré par beaucoup de praticiens comme une machine de guerre.¹ »

Le 1^{er} février 1901, Calmette, précisément, relègue « le médecin consultant au 2^e et même au 3^e plan ». Rien de navrant à l'en croire comme le spleen particulier à cette profession qui meurt de ses ordonnances rentrées, lors même que « nous ne savons que trop, hélas! qu'il n'existe encore aucun moyen spécifique, sûrement efficace, pour guérir les tuberculeux ». Quant à se faire un oreiller dans la providence publique et reposer sa confiance dans la création de sanatoriums populaires, « les lois protectrices de la santé publique s'élaborent, dans notre pays, avec une sage lenteur ». Dans cette tragédie de la tuberculose, nul personnage ne manque, en effet, excepté l'Etat. Et voilà pour la négligence. Quoi de curieux, pour lors, que "le préventorium ou dispensaire Emile-Roux" (Calmette emploie les deux termes indifféremment, avec une préférence pour le premier qui dénote la prophylaxie plus que la cure et n'évoque pas les bureaux de bienfaisance) ouvert ce jour à l'initiative du directeur de l'Institut Pasteur de Lille exaltât si bruyamment « le rôle des organisations ouvrières »? Un établissement de cure eût couru à « gratifier ses malades de séances d'électricité ou d'ozonisation, d'injections médicamenteuses diverses, de potions ou de spécialités pharmaceutiques »; au contraire, instrument de préservation opérant « dans l'intérêt des tuberculisables plus encore que dans celui des tuberculeux eux-mêmes », le dispensaire s'interdirait de médicamenter pour « organiser la

¹. Gunn cité par Parisot (1922), 26. Malheur : Pidoux cité par Vaillard (1920), 412. Tuberculeux, tuberculisable : Brouardel (1901), 735. Lanceurs de tuberculines : Malvoz à Calmette le 12/7/1902, AIP, BCG 8, dossier Léon Bonnet. Générations médicales : Faisans (1908), 43. Peloter le malade : lettre précitée de Malvoz, 12/7/1902.

prophylaxie dans la famille même de l'ouvrier atteint, ou exposé à l'être ». Le tout confié au « moniteur d'hygiène », sorte de lointain parent du gouverneur de l'*Emile*. Un égal et un semblable, en effet — « un homme du peuple, intelligent, capable d'initiative, d'autorité, et mutuelliste convaincu », — le camarade au préjudice du médecin prendrait à cœur d'enfanter *l'homme nouveau* « en intéressant à cette lutte les malades eux-mêmes et leur entourage ». Comme quoi la vague bouillonnante des Universités populaires n'avait pas en vain roulé dans son flux les Duclaux ou les Roux, Calmette même. Du sein de la famille pastorienne, de nulle autre, sort dans la plus pure veine du populisme russe cette « institution essentiellement populaire » qu'inaugurent sous la présidence de Paul Brouardel, le dimanche 22 décembre à deux heures de l'après-midi, Emile Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur de Paris, M. Vincent, préfet du Nord, Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique, Edouard Agache et les membres du bureau de la Société industrielle lilloise, Louis Landouzy le titulaire de la chaire de pathologie de la tuberculose de Paris et le mentor en ces matières de Léon Bourgeois, les docteurs Letulle et Sersiron représentant les œuvres antituberculeuses, les professeurs Malvoz et Putzeys de Liège, le président et le secrétaire général de la ligue belge contre la tuberculose. Tous empanachés de cette formule « particulièrement économique » que suggèrent, si même ils ne l'imposent, l'impéritie des pouvoirs publics, un certain « impérialisme du mouvement ouvrier », enfin l'orgueil blessé par l'éclat des sanatoriums à l'allemande. ²

2. Le médecin au 2^e plan : Calmette dans un mémoire inédit communiqué à la Conférence de Berlin, cité dans un Rapport [manuscrit, s.d., 1901] sur l'établissement et le fonctionnement d'un dispensaire antituberculeux municipal à Paris par le Dr Vaudremer, directeur de la colonie agricole du Cannel, MIP, carton relatif aux Colonies agricoles pour tuberculeux convalescents. Aucun moyen spécifique, sage lenteur : Calmette le 22/12/1901 lors de l'inauguration officielle du dispensaire Emile-Roux, *PM* n°103, 25/12/1901. Préventorium : voir Calmette cité par Bonneff (1914), 19, et Rogeaux (1992), 318; à ne pas confondre avec le préventorium de l'entre-deux guerres, établissement pour enfants tuberculeux ou faibles. Organisations ouvrières : Calmette (1903a), 3. Ozonisation, injections : Calmette (1909), 3. Tuberculisables : Calmette (1901), 22. Dans la famille : Calmette, *PM*, 25/12/1901. Moniteur d'hygiène, homme du peuple : Calmette (1903a), 13. Intéresser : Calmette (1901), 3. Institution populaire : Calmette, *PM*, 25/12/1901. Œuvres antituberculeuses réunies

« Stratégie moins onéreuse », comme l'indique dès 1900 le Lillois devant la Commission extraparlamentaire de la tuberculose? assurément. « Et très efficace »? on ne sait, l'impression prévalant d'un effort prématurément noué. La Belle Epoque, suivant un mot cruel de Bernanos, enveloppée dans une honnête pauvreté, n'a pratiqué que « le système des prototypes ». Au reste, l'Enfant du Miracle se fût-il répandu par les agglomérations ouvrières, « le danger rural » n'en eût guère été conjuré. L'écart entre la perception médicale et la réalité épidémiologique, entre la stratégie et les résultats, touche ici à son maximum. Sinon les droits individuels, du moins certains groupes de malades vont faire les frais de l'insuffisance des ressources et du refus subséquent de choisir entre une politique extrêmement coûteuse prenant en charge tous les patients et la préservation des seuls malades guérissables, socialement rentables. Devra-t-on se résoudre à sacrifier la justice (l'accès aux soins pour tous) au bien public (le sauvetage des seuls « curables »)? et la priorité ainsi conférée à l'efficacité sur la solidarité s'accordera-t-elle avec les idéaux de la République? Les considérations économiques jouent d'ailleurs de deux façons différentes. Contenir la dérive des coûts de prise en charge, bien sûr; mais aussi maintenir la main d'œuvre à l'atelier ou à l'usine, à une époque où l'offre de travail est insuffisante. Allouer des ressources rares aux seuls malades socialement utiles, concilier prophylaxie et rendement économique, c'est l'alpha et l'oméga de la politique antituberculeuse. Non plus un impératif d'ordre, ainsi qu'à l'âge classique, mais bien un impératif de productivité commande à présent la gestion sociale de la maladie. Sans doute n'est-ce pas de cet instant que date ce débat entre ordre et rentabilité dans les politiques d'assistance : bien plutôt l'alternative remonte-t-elle aux débuts du capitalisme, vers le milieu du XVI^e siècle. Inédit, en revanche, apparaît le caractère décisif du critère médical, dont la pente, tout compte fait, va bien moins au renforcement des rigueurs de la répression qu'à celui de l'intérêt économique

en une Fédération antituberculeuse française fondée à Paris le 16/3/1902 : Grillot (médecin du dispensaire antituberculeux d'Autun), Rôle du Comité autunois de défense contre la tuberculose (1902), MIP, Inv. 28 173-28 183. Formule économique : proposition de loi signée Léon Bourgeois, n°344, déposée sur le bureau du Sénat le 25/7/1913, citée in Honnorat (1916), 244.

et de la stabilisation du marché du travail. Et certes la moralisation reste à l'ordre du jour, le sanatorium et sa « discipline de caserne » ne laissent subsister sur ce chapitre aucune équivoque. Seulement enfermer ne suffit plus : au grand renfermement des misérables de toutes sortes, valides ou invalides, malades ou convalescents, qu'effectuait l'hôpital général, se substitue désormais le grand partage entre curables et incurables.³

Et telle est bien l'une des fonctions du dispensaire. Pareil choix a-t-il eu d'autres raisons que purement techniques (inexistence de thérapeutiques antibacillaires) : démographiques, économiques ou psychologiques ? Les soins à domicile apparaîtraient dès lors comme une voie de moindre résistance face à l'inertie des structures hospitalières et médicales, face au refus de l'isolement de la part des malades et de leurs familles, faisant de la France un cas tout à fait singulier comparé à certains pays — Angleterre ou Allemagne, ou encore Etats-Unis — où l'hospitalisation a plus ou moins généralement et plus ou moins rapidement primé le traitement ambulatoire. Ainsi s'éclairerait la décroissance plus lente et plus tardive de notre taux de mortalité tuberculeux. Inattendu *Sonderweg* national, dont l'œuvre lilloise serait alors à la fois l'illustration et la dispense.

1. Perception du fléau : le déclin méconnu de la mortalité

« Le plus terrible fléau de l'humanité », comme parle Louis Landouzy en 1903, la tuberculose aura causé « à elle seule, plus de victimes qu'en ont fait les fléaux historiques : famines, tremblements de terre, guerres, épidémies ». 400 000 existences gaspillées en France du fait du choléra, dénombrement d'aucuns pour le XIX^e siècle, 2 millions fauchées

³. Moins onéreuse, efficace : Calmette (1900), 336. Prototypes : *Nous autres Français*, Bernanos (1971), 667. Danger rural : Fuster apud Honnorat (1916), 32. Offre de travail insuffisante : Garden in Dupâquier, III, (1988), 258. XVI^e siècle : Geremek (1987), chap. III.

par les guerres — mais 9 millions par la grande peste blanche.⁴

Le fait troublant mais certain est que le déclin de la mortalité tuberculeuse a commencé « bien avant l'ère des découvertes bactériologiques », « avant que n'eussent été instituées des mesures spécifiques » ou « mis en œuvre des moyens de lutte efficaces ». A telle enseigne que « le fait dominant de l'histoire de la tuberculose semble mettre en question la valeur même de l'hygiène ». Comme les empires, la pandémie naît, vit et meurt au gré d'une horloge interne sur les mécanismes de laquelle disputent d'abondance les épidémiologistes. L'opinion aussi répandue que controversée de Thomas McKeown puisant sa force d'évidence dans le caractère manifestement synchrone de l'épidémicité tuberculeuse et de la révolution industrielle : des niveaux de vie plus élevés, une meilleure alimentation, voilà la main invisible qui, bien plus que l'influence directe de la médecine, à défaut d'infléchir sensiblement la morbidité aurait du moins enclenché la décroissance de la mortalité (*infra*, XV). (La disparition de la malaria en Europe soulève les mêmes questions.) Tellement forte cette « tendance naturelle — ou sociale — au déclin » spontané, qu'on en est venu à se demander si, loin de l'empêcher, l'industrialisation ne l'aurait pas plutôt « favorisée ». Ladite industrialisation, en effet, n'affecte en rien le profil d'une courbe à ample développement dont le sommet se décale d'un pays à l'autre : 1800 en Angleterre où « la maladie géante » sous sa seule forme pulmonaire entre alors pour 26% dans la mortalité totale (pour décrocher à 12% en 1850, 9% en 1910), 1850 en Suède, 1880-1890 en Allemagne, vers la fin du siècle aux Etats-Unis, plus tardif encore en France. Toutes données à prendre avec une extrême réserve, d'autres plaçant plutôt le tournant outre-Manche « entre 1829 et

⁴. Fléau de l'humanité : Landouzy (1903), 8. Choléra, guerres, peste blanche : E. Aron, Le déclin des maladies traditionnelles, in *Histoire culturelle de la maladie*, éd. M. Sendrail et al. (Toulouse : Privat, 1980), cité par Mitchell (1988), 215.

1833 », William Farr retenant pour sa part ces années 1831-35 où le taux de décès attribués à la phtisie tombe à 9‰.⁵

“Consomption”, “scrofule”, “tabès”, “bronchite”, “asthénie”, “inflammation des poumons”, “fièvre hectique”, “lupus”, “fièvre gastrique”, si grande la confusion nosographique qu'elle déjoue l'appréhension numérique. « Un fatras de phtisies de toute espèce », labyrinthique, tortueuse, « l'histoire de la *tuberculose* ne commence qu'avec Laënnec » — son enregistrement comptable avec les premières statistiques générales des décès : 1836 en Angleterre sous l'empire du Registration Act, 1887 pour l'Italie, 1886 en France pour les villes de plus de 5 000 habitants, 1906 seulement pour l'ensemble du pays. Longtemps inaperçue, par le fait la décrue ne devient perceptible qu'avec les premières campagnes : on rapporte celle-là à celles-ci. De 300 pour 100 000 en 1850, observe la *Lancet* de janvier 1891, les décès ne se chiffrent plus qu'à 250 en 1860, 220 en 1875 : en dépit d'une morbidité galopante, il n'est personne pour convenir dans ce climat de croisade que la mortalité aux alentours de 1900 « fût déjà tombée en Angleterre comme aux Etats-Unis à 200 pour 100 000, un pourcentage moitié moindre que celui atteint quelques décennies auparavant ». Même phénomène de ce côté-ci de la Manche où la baisse ne paraît amorcée qu'au début du siècle (mais toute statistique d'ensemble fait défaut, on l'a dit, avant 1906) alors que la mortalité a commencé de reculer dans certains centres urbains, notamment à Paris, après 1881-1885. Car le désarroi, alors, ne naît pas de cette humiliation que dit Etienne Burnet en 1933, humiliation de la tendance séculaire au déclin de la mortalité par le maintien de taux de morbidité élevés, fonctions des progrès mêmes du traitement, mais d'une crise autrement « paradoxale et décourageante » que met à jour Louis Landouzy en 1912. Le moderne s'émeut de la

5. Découvertes : Burnet (1933), 592. Mesures spécifiques : Dubos (1953), 185. Moyens de lutte : Coury (1972), 214. Fait dominant : Burnet (1933), 593. Main invisible : McKeown (1976), et McKeown et Record (1962), 107-116. Tendances : Burnet (1933), 594. Malaria : Ruffié et Sournia (1993), 249. « Maladie géante » : Kayne (1937), 7; l'expression est d'un élève anglais de Laënnec, Dodgson, *Notes on consumption* (1827) : Coury (1972), 199. Courbes décalées : Coury (1972), 206; et Burnet (1933), 591. Angleterre, Farr : Smith (1988), 4-5.

superfluité d'une hygiène que déconcerte ou démonétise la *vis medicatrix naturæ*, le contemporain remâche le démenti infligé à ses constants progrès au contraire, puisque « les endémies de diphtérie, de fièvre typhoïde, de paludisme, de fièvre jaune, d'ankylostomiase, etc., diminuant, la tuberculose continuait à présenter le chiffre le plus élevé de malades, d'invalides et de morts ». Cinq fois plus de décès en 1911 causés par la tuberculose que par la fièvre typhoïde, la rougeole, la coqueluche, la scarlatine et la diphtérie réunies : « nous avons su trouver des millions pour réduire la fièvre typhoïde, nous n'avons pas su nous procurer la plus petite ressource pour enrayer le développement de la tuberculose », note, amer, Honnorat en 1916. Les performances accomplies contre les affections entérogènes, déterminantes pour l'abaissement de la mortalité dans les villes, n'ont pas été rééditées contre la phtisie. Impuissance, donc, plutôt qu'inconsistance. « Les progrès hygiéniques réalisés à Paris ont eu une influence considérable pour enrayer toutes les maladies contagieuses, se tourmente Henri Monod, sauf une, la tuberculose. » Une façon de krach boursier, bizarre dans ses volontés, impitoyable dans ses arrêts, la phtisie met l'histoire en panne.⁶

Mal conscients de la décroissance du fléau, les contemporains cèdent volontiers aux surenchères de l'alarme. 100, 150, 200 000 morts annuelles, on ne sait pas même l'ampleur du carnage. « Virtuellement dépourvues de signification » d'après Jacques Bertillon en 1880, « volontairement et involontairement erronées » au sentiment d'Emile Duclaux en 1902, les statistiques encore « à l'état d'ébauche » sous la plume d'Armaingaud en 1906 paraissent « si incomplètes et si fragmentaires qu'il est impossible de dire aujourd'hui avec une approximation suffisante combien il meurt

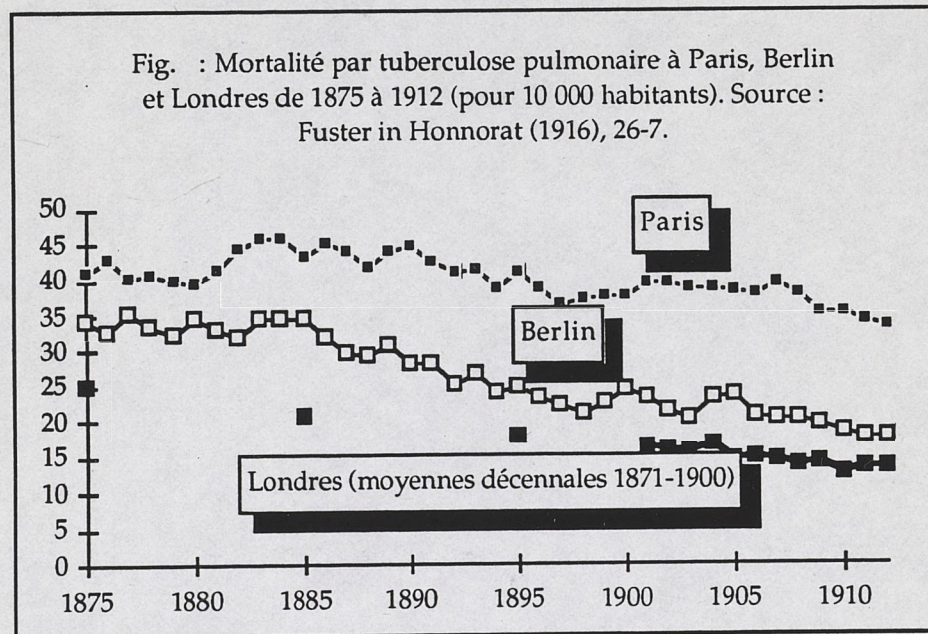
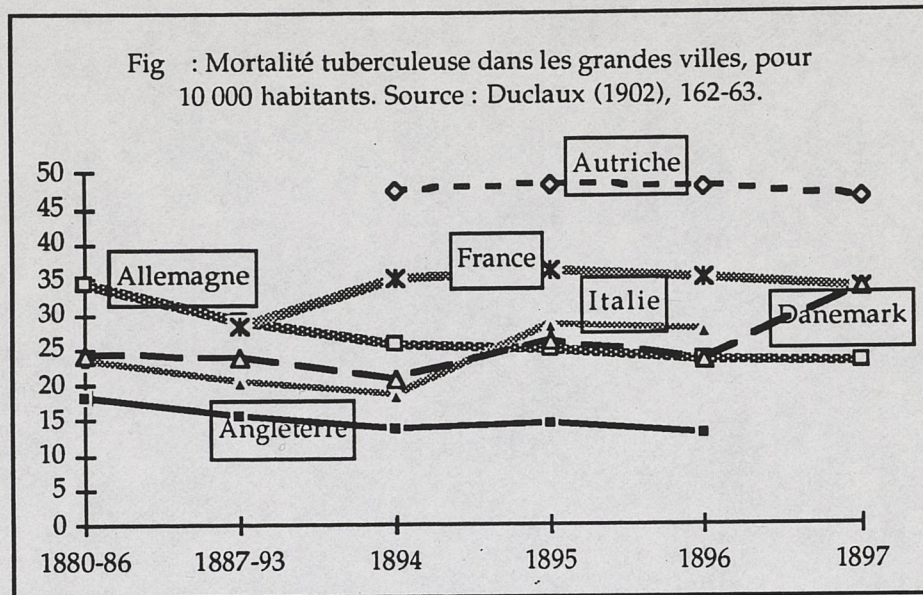
6. Nosographie : Dubos (1953), 10. Fatras, Laënnec : Piéry et Roshem (1931), 1-2. Registration Act : Eyler (1979), 13-23. *Lancet*, déclin inaperçu : Dubos (1953), 262 (note 1 du chap. XIV) et 186. France 1881-1885 : M. Perrot, les Classes populaires, in Bouvier (1979), 501; Coury (1972), 206. Mortalité/morbidité : Burnet, *RH*, 55 (1933), 590. Crise : Landouzy (1912), 5. Honnorat (1916), 10. Baisse de la mortalité urbaine et affections entérogènes : Kunitz (1983), 362. Progrès hygiéniques : Monod (1904a), 67. Sur les statistiques sanitaires, voir vol. 2 : « Deux administrations parallèles ».

annuellement de tuberculeux en France ». On s'accorde à l'aveugle sur l'estimation avancée en 1898 dans son rapport à l'Académie par Joseph Grancher, de 150 000 décès, un chiffre emblématique puisque calqué sur celui de la mortalité infantile de 0 à 1 an, les deux fléaux conjugués totalisant les deux cinquièmes de la mortalité générale. Mais d'aucuns le gauchissent à l'instar de Paul Brouardel, qui en voudrait 200 000 pour mieux confondre l'impénitence publique, et d'autres le redressent à l'image d'Albert Robin pour qui 90 000 cadavres ne font pas une tache assez sombre au drapeau qu'il faille à toutes forces emprunter de l'étranger. Robin, cependant, avoisine le raisonnable, comme Fuster qui, se fondant sur les chiffres du ministère de l'Intérieur, donne entre 83 et 85 000 décès tuberculeux pour 1910-1912, estimations reprises par W.C. Sabine et Hermann Biggs en 1916 (lequel précise que les trois quarts de ces décès sont dus à la forme pulmonaire de la maladie), puis par Georges Brouardel et Jules Arnaud dans l'entre-deux guerres, corroborées depuis par des recherches récentes. Chagrins jaloux, d'une part, morgue et soufflure de l'autre, la querelle des nombres n'est que le masque ou le chiffre d'une dispute d'honneur : il est d'un mauvais sujet de conjecturer tels les Ambroise Rendu ou les Paul Strauss 20 à 25 000 morts par tuberculose à l'ombre de la tour Eiffel, d'un républicain que laisse impavide la précellence supposée du Reich impérial ou de la monarchie anglaise, d'en comptabiliser 12 à 14 000, et même 10 000.⁷

La crise de la natalité aidant, — mortalité tuberculeuse et mortalité infantile figurent pour tous les auteurs les deux causes essentielles de la dépopulation, — l'impression

⁷. Bertillon : *La statistique humaine de la France (naissance, mariage, mort)* (1880), cité par Mitchell (1990), 390. Erronées : Duclaux (1902), 158. Ebauche : Armaingaud (1906), 144. Tuberculose et mortalité infantile (150 000 décès chacune) : Brouardel (1904b), 252. 150 000, 200 000, 90 000 morts : Grancher, Brouardel et Robin cités par Mitchell (1990), 394-95; même référence pour les variations relatives à Paris; voir aussi Robin, un *Essai d'organisation économique de la lutte contre la tuberculose*, extrait du *BGT* (Paris : Doin, 1908), 3, MIP, Inv. 28 189. Fuster in Honnorat (1916), 12-3; Sabine et Biggs : Biggs to Murphy, 29/11/1916, RFA, R.G. 1.1. série 500 T; G. Brouardel et Arnaud, *BAM*, 109 (1933), 208-14; et Biraben in Bardet (1988), tableau 1, 196.

néanmoins prévaut à la fin d'un absurde gaspillage, lequel met en vedette la cruelle exception française. Au cours de ces dix ans qui courent de 1891 à 1900, l'augmentation de population avait été en Allemagne de 138,6‰, en Angleterre de 116,7, en Italie de 107,6, en Autriche de 103,7... en France où le bois dont on fait les berceaux va aux cercueils, de 6,5. « Quand les diverses nations, vers 1860, perdaient 100 habitants, instruit sur le sujet Edouard Fuster, on voit l'Allemagne n'en perdre plus que 62 un demi-siècle plus tard, en 1910; l'Angleterre n'en était plus qu'à 59, les Pays-Bas à 54; la France, elle, gaspillait encore 76 unités. » Inégalité de la mortalité générale encore renforcée par celle de la mortalité spécifique. La nation plus fière à raison de ses mauvais succès s'ôtait en effet chaque année l'équivalent d'une ville comme Toulouse et gratifiait le Minotaure de largesses deux fois supérieures à celles de ses plus avaricieuses voisines : 42 décès tuberculeux pour 10 000 vivants au calcul de Brouardel en 1903, contre 22 en Prusse, 19 outre-Manche. Pire, « la baisse est ici plus lente qu'ailleurs », l'Hexagone tel un autel immense où tout ce qui vit doit être immolé sans fin, sans mesure, sans relâche, sacrifiant 190 tuberculeux pulmonaires en 1912 quand la Belgique en perd 100, l'Allemagne 140, Albion 112. En 1884, année de la dernière épidémie de choléra, Paris perdait 14 216 phtisiques (et 969 cholériques) pour 57 177 décès. Quinze ans plus tard, ses pertes s'élèvent encore dans la capitale à 12 314 pour une mortalité générale de 46 988; la terrible faucheuse compte alors pour les trois cinquièmes des disparitions entre 20 et 40 ans. Qu'on passe les frontières, Chicago pour dix mille habitants dénombre 13,4 victimes en 1894, Londres 17,3, Manchester 19,6, Naples 21,1, Berlin 22,3, New York 24,1, Varsovie 25,7 : cependant la Ville-Lumière à peine plus heureuse que Saint-Pétersbourg (44,3) ou Vienne (45,5) pour les capitales étrangères, Rouen (45,0) et Le Havre (50,3) pour la province, en déplore 41,6. Comme si le décret de la mort violente, une espèce de rage prescrite eût imbibé continuellement notre sol quand le présage opposé annonçait ailleurs l'extinction d'un mal *évitable*, si ce n'est même la mort de la mort. Emile Duclaux là-dessus résolvant tous les doutes, qui éclaire en 1902 les abîmes creusés de la France à ses voisines : « partie il y a vingt ans du point où nous en sommes aujourd'hui, l'Allemagne perd deux tuberculeux



quand nous en perdons trois, et l'Angleterre n'en perd plus qu'un après 40 ans de lutte sur un autre terrain » (fig. [Duclaux]). De telle manière qu'à la veille de Grande Guerre un fléau « à côté duquel toutes les autres maladies contagieuses sont négligeables » entre pour 10% dans notre

mortalité générale, contre 8,9% aux Pays-Bas, 8,3% en Allemagne, 7,2% en Angleterre, 6,2% en Belgique.⁸

2. Assainissement à l'anglaise : les murs qui tuent...

Tandis qu'il tend à s'adoucir en Angleterre et en Allemagne, le tribut prélevé par le fléau chez nous demeure stationnaire; Londres et Berlin nous en remontent, où la mortalité s'effrite rudement quand la parisienne s'attarde en pente douce (fig. [Fuster]). *D'où vient la supériorité des Anglo-Saxons?* L'ouvrage d'Edmond Demolins (1897) emportait tout à fait la fleur des humanitaires. Anglophilie fin-de-siècle, qui n'épargnait pas non plus l'hygiène. « Sans déclaration obligatoire, s'enchantait Henri Monod, par la seule puissance de l'assainissement, surtout par le désencombrement des logements, l'Angleterre a fait baisser de plus de 40% la mortalité par phtisie. Pourquoi n'en ferions-nous pas autant? Commençons par là. » C'était une maxime de l'hygiène publique, de montrer dans cette toilette le mémorial et l'abrégé de tous les devoirs. « Nulle part mieux qu'en Angleterre, n'a été appliqué le principe [...] de l'asepsie du terrain. Vienne le germe, dogmatise Paul Strauss, il trouvera devant lui le roc impénétrable dont a parlé Trousseau. » 277 morts assignées à la lèpre moderne dans l'Angleterre et le pays de Galles pour 100 000 vivants en 1851, 258 en 1861, 232 en 1871, 189 en 1881, 156 en 1891, 128 en 1901, 104 en 1911 : de beaux succès, il est vrai, donnaient poids aux disciples de l'hygiène d'outre-Manche. L'Angleterre se couvrait d'une théorie chimique (et non biologique) de la contagion pour attaquer la saleté; drainage, aménagements d'eau potable, pavement des cours et des rues, « les trois milliards » employés en quinze ans à l'aménagement des quartiers et

⁸. Mortalité tuberculeuse et mortalité infantile : voir e.g. Duclaux (1902), 136, et Calmette (1933), 3. Comparaisons chiffrées sur l'augmentation de population : Monod (1904), 32. Taux de mortalité générale : Fuster, in Honnorat (1916), 12. France, Prusse, Angleterre : Brouardel (1903c), 10. Baisse plus lente : Fuster, in Honnorat (1916), 13. Paris en 1884 : Landouzy (1890), 16-17. Et en 1899 : Dubos (1953), 262. Mortalité dans les capitales étrangères : Landouzy (1908), 42. France, Allemagne, Angleterre : Duclaux (1902), 165. Maladies négligeables : Honnorat (1916), 10; et pour les chiffres, Sellier et Rouselle (1920), 5.

logements insalubres n'en affectaient pas moins le vecteur avec assez de constance pour que ne s'affaissent les maladies entérogènes, choléra, fièvre typhoïde. Quand même elle évolue dans « le monde de l'à-peu-près », l'ingénierie sanitaire n'est rien que cette « anticipation d'un pouvoir sur le savoir », d'une *technè* sur une *épistémè* (*supra*, III). « Vérité est le nom que nous donnons à tout ce qui se révèle avantageux au regard de nos croyances », selon William James : vraies parce qu'utiles, à ce compte, les mesures « empiriquement justifiées » grâce à quoi « l'assainissement des milieux » sous la plume d'un Monod paraît « d'un ordre supérieur à la destruction des germes ». Jusqu'à Brouardel qui tantôt désigne « le logement insalubre » (sémantique orthodoxe) et tantôt « la saleté » (hérésie invétérée) comme « le plus puissant facteur de tuberculose ». La citadelle des miasmes abattue, le « milieu épidémique » adroitement rebaptisé en 1890 « milieu-contagion », il s'en faudrait d'un quart de siècle que le dernier mot de l'hygiène pastorienne ne fût plus salubrité ni même désinfection, mais isolement. Mais enfin la « sanitation » foudroyait le malheur : l'Angleterre dans le langage enfantin d'un Strauss ne capturait pas « les messagers du mal », elle les « prenait au nid avant toute envolée menaçante ». Sans « jamais viser le bacille, accorde pour sa part Duclaux, elle a renforcé pour la résistance le terrain de culture du bacille : elle a consolidé l'individu ». La vérité est que les Victoriens ne savaient proprement ce qu'ils faisaient, ce qui était une circonstance très favorable au succès : aucuns s'échappant à dire avec Arthur Ransome qu'égoûts ou canalisations auraient mené « une campagne inconsciente contre la phtisie » (assertion fort improbable), d'autres, plus tard, rabattant tout court tel Major Greenwood sur le moderne sésame d'une alimentation plus fournie, et d'un bien-être accru (un raisonnement qui a le vice de prouver trop, en ce qu'il conclut d'une coïncidence à une causalité). Au nom du Local Government Board, le docteur Thorne-Thorne, avec un bel éclectisme, invoquait déjà les heureux effets du drainage ou de la ventilation, la disparition du taudis malsain et pêle-mêle les salaires, la nourriture, le logement, le vêtement.⁹

⁹. Stationnaire : Duclaux (1902), 165. Sur Demolins et l'anglophilie fin-de-siècle : Swart (1964), 156. Monod (1904a), 41. Strauss (1902), 7. Mortalité

Le taudis, voilà précisément la cible de la politique antituberculeuse suivie à Paris. Proposé dès 1876 devant le conseil municipal d'après le modèle que Janssens avait mis en œuvre à Bruxelles à partir de 1874, mais créé seulement en décembre 1893 par la Ville suite à un rapport d'A.-J. Martin, le casier sanitaire des maisons apparaît comme strictement marqué du sceau de cette hygiène publique proclamée par Monod. L'idée semble en avoir pour la première fois été formulée en 1849 par John Simon, alors tout nouveau médecin-chef des services d'hygiène de Londres, dans son *Program for an earnest movement*. Il est dirigé par Paul Juillerat, chef du bureau de l'assainissement, nouveau titre revêtu par le bureau des logements insalubres à l'occasion du transfert en février 1893 de tous les services d'hygiène de l'ancienne direction des Travaux au service central de l'Hygiène et de la Salubrité de l'habitation de la préfecture de la Seine (*supra*, I, 4). Le Havre en 1879, puis sept autres grandes villes l'adopteront entre 1883 et 1907. Etant donné l'impuissance de la thérapeutique, l'outil administratif semble en tout point supérieur à l'outil médical. D'ailleurs, c'est la seule réalisation antituberculeuse à l'échelon collectif face aux rares dispensaires ou sanatoriums existants; le seul instrument, aussi, qui peut se flatter de suivre pas à pas l'évolution du fléau.¹⁰

anglaise : Smith (1988), table II, 7. Trois milliards : Landouzy (1908), 47. Sur le "grand réveil" sanitaire en Angleterre : Winslow (1943), chap. XII. Monde de l'à-peu-près, *technè* et *épistémè* : Jorland (1981), 52-60. Anticipation : Burnet (1935), 337. James : *Pragmatism*, cité par Rorty (1990), 8. Empiriquement justifiées : Winslow (1943), XI. Ordre supérieur : Monod (1904a), 78. Brouardel [président du bureau international contre la tuberculose] : sur le logement, dans *PM*, 9/5/1903, cité par Monod (1904a), 67 note 1; et sur la saleté, discours au Congrès d'Arras [de l'Alliance d'hygiène sociale, 17-20/7/1904], *AAHS*, n°1 bis (3/1905), 86. « Il n'y a pas de milieu épidémique » : Pasteur (1879) cité par Vaillard (1920), 426. « Milieu-contagion » : d'une formule de Landouzy (1890), 18. P. Strauss (1902), 17. Duclaux (1902), 152. Ransome et Greenwood : cités par Wilson (1990), 376, 367. Thorne-Thorne : dans une lettre à Brouardel, citée par P. Strauss (1900), 132-33.

¹⁰. Simon : Lambert (1963), 152. Janssens : Gibert (1878), 30-2; et A.-J. Martin (1884c), 330; Juillerat (1906), 88, indique par erreur 1871 : le bureau d'hygiène de Bruxelles est créé en 1874. Création du casier à Paris : Juillerat (1906), V (préface d'E. Roux) et 32. Six grandes villes, soit Saint-Etienne en 1883, Amiens en 1884, Nice en 1887, Nancy en 1903, Orléans en

Dressant un premier bilan de l'activité du casier parisien — bilan qui s'étend sur onze ans, de 1894 à 1904 — Juillerat y relève 138 766 décès attribués aux maladies transmissibles. Ces dernières ont frappé 50 394 immeubles sur les 80 000 environ que compte la ville *intra muros*. La tuberculose a entraîné 101 496 décès et infecté 39 477 maisons (dont 24 124 touchées par la seule phtisie). Le nombre d'immeubles qu'elle frappe est supérieur de 162 à celui des habitations où prévalent d'autres maladies contagieuses. En outre, alors que la mortalité moyenne annuelle due aux maladies infectieuses est sensiblement égale à la mortalité moyenne de la ville tout entière (4,95‰), la mortalité tuberculeuse s'élève, elle, à 8,24‰ : 1 584 maisons parisiennes (59 081 habitants) connaissent d'ordinaire un taux équivalent. En d'autres termes, selon Paul Strauss, près de 30% des décès tuberculeux qui frappent les Parisiens sont imputables au sixième de leurs maisons. Démolir quelque 5 263 immeubles suffirait à réduire de moitié la mortalité tuberculeuse de la capitale. On le voit, du diagnostic naît une méthode immédiatement opérationnelle.¹¹

Le casier combine un certain nombre de données hétérogènes : éléments d'ordre administratif (croquis des maisons, relevé des opérations de désinfection, signalement à la Commission des logements insalubres), technique (nombre et nature des systèmes de vidange), statistique (mouvements démographiques et sanitaires), scientifique (nature de l'eau d'alimentation ou d'usage industriel) et mixte (enquêtes sanitaires). Conçu d'après la matrice des rôles de la taxe de balayage, sa forme est administrative. L'observation émerge du croisement de deux séries : fiches médicales (décès, maladies à déclaration obligatoire) et descriptifs des immeubles. Union d'une norme, individuelle ou collective, et d'un substrat matériel, — la morphologie

1905 (Juillerat (1906), 91), auxquelles il faut ajouter Lille et Toulouse (Rogeaux (1992), 5).

¹¹. Juillerat (1906), 46-9. P. Strauss (1913), 7. 5 263 : Juillerat (1906), 62; il s'agit en particulier d'immeubles situés dans les 4^e, 5^e, 11^e, 12^e, 14^e et 19^e arrondissements : voir Ilots tuberculeux, maisons, populations et mortalité par tuberculose pulmonaire (pour la période 1894-1950), ASVP (1950), 296-97.

sociale de Durkheim ou de Mauss, contemporaine, n'est pas loin. Néanmoins c'est avant tout un observatoire : « les maisons insalubres ont leur signalement, les foyers de contagion sont découverts, les éléments d'enquête et d'information s'amoncellent. Il ne reste plus qu'à agir... » De même que la centralisation des relevés des opérations de désinfection par l'Inspection générale de l'assainissement permet de suivre « aisément » les variations de l'état sanitaire et de prendre « rapidement » les mesures qui s'imposent, de même le casier permet-il de « découvrir les points faibles de Paris, de connaître à l'avance les foyers contagieux, *les murs qui tuent* ». Tenu à jour après chaque intervention, la fiche d'un immeuble présente le vrai « journal sanitaire quotidien des maisons », leur histoire et leur géographie. Comme le montre la décision du préfet de la Seine, de Selves, de créer le 10 avril 1905 une commission chargée d'enquêter dans « les maisons particulièrement signalées comme infectées » par le casier, instrument de connaissance et moyen d'action, observation et intervention s'y trouvent étroitement unis. A la désinfection, technique de l'urgence, se juxtapose une méthode d'enquête « tout à la fois automatique et préventive »; à l'infrastructure phénoménologique (examens bactériologiques, chimiques), une superstructure informationnelle orientant l'hygiène vers une observation permanente de l'état sanitaire des populations.¹²

12. Combinaison de données hétérogènes : Juillerat (1906), 32 d'après le rapport d'A.-J. Martin pour le préfet de la Seine (Poubelle) du 18/10/1892. Taxe de balayage : Juillerat (1906), 35. Séries : P. Strauss (1913), 5; Juillerat (1906), 35. Signalement : P. Strauss (1913), 27-8. Aisément : A.-J. Martin (1900), 42. Murs qui tuent : P. Strauss (1913), 46. Journal : Juillerat (1906), 38; voir aussi *ibid.*, 24 et Roux apud Juillerat (1906), VI-VII. De Selves : commission créée afin « d'étudier l'influence de l'habitation sur l'étiologie et la propagation de la tuberculose à Paris et de rechercher les mesures à prendre pour combattre le développement de cette maladie », Roux et Juillerat étant chargés de préparer le cadre de l'enquête : Juillerat (1906), 64. Désinfection, technique de l'urgence : Arnould [1893], 2; automatique et préventive : P. Strauss (1913), 3. Permanente : cette orientation de la méthodologie sanitaire doit être rapprochée de la distinction effectuée par l'épidémiologie contemporaine entre événement épidémique proprement dit, temporaire et brutal, et endémie : Winslow (1943), 258-60 (Simon : fièvre typhoïde/typhus); et Landouzy (1912), 1-10 — distinction aujourd'hui remise en cause : Ruffié et Sournia (1993), 225.

L'hygiène anglaise, et notamment la routinisation de la politique sanitaire réalisée par John Simon durant les années 1856-1876, certainement n'est pas étrangère à cette administration endogène de l'alerte. Mais l'instrument est aussi une théorie matérialisée. Pour expliquer la surmortalité tuberculeuse de certains îlots parisiens, Juillerat rejette tout déterminisme économique ou moral. Alcoolisme, encombrement, insalubrité des métiers, vice, misère influent sans doute sur le développement de la phtisie; toutefois, « dans l'étiologie et surtout la conservation de la maladie », le « rôle prépondérant [est] joué par l'habitation ». La thèse sociologique se trouve ainsi ceinturée par une causalité matérielle, morphologique. C'est d'ailleurs la doctrine de la Commission de la tuberculose. Rien n'est redoutable comme l'« *obscurité des pièces* dans lesquelles les deux tiers des habitants des villes passent leur existence ». Supposez le soleil, en effet, et le fatal microbe semé par le tuberculeux, Villemin l'a bien montré, ne saurait survivre. « Maladie de l'obscurité », du défaut d'air et de lumière, la phtisie est en outre l'effet de la nature pathogène des « agglomérations ». Des facteurs démographiques de densité et d'encombrement s'ajoutant aux données matérielles, le casier complète les mesures effectuées sur le milieu physico-chimique par un examen du milieu humain rendu par l'analyse démographique accessible à la quantification; variables historiques, la densité et le substrat matériel permettent de suivre l'évolution dans le temps de l'état sanitaire des populations. Pour les hygiénistes de la Monarchie bourgeoise, le postulat sociologique — l'idée d'une causalité *sociale* dominant la hiérarchie des déterminants externes de l'état de santé ou de maladie — recouvrait très largement une théorie du paupérisme, une pathologie du besoin; l'hygiène publique pastorienne en revanche est d'abord attentive à la contagion indirecte par l'intermédiaire des objets et des locaux. A l'économie politique a succédé une sorte d'écologie urbaine, mais déterministe et uniformisante, non pas aléatoire et diversifiante comme le veut aujourd'hui la génétique des populations.¹³

13. Simon : Lambert (1963), 614-15. Prépondérant : Juillerat (1906), 62, 58.
Thèse sociologique : voir Rénon (1905), 400 et 6 : « La tuberculose est là où

Rien moins que sceptique à l'endroit du « microbe paupérisme », l'hygiène publique, par le biais du casier, n'en retourne pas moins à la sociologie, en démontrant l'existence de déterminismes socio-écologiques mesurables puis en procurant un moyen de prévoir, de déduire, directement ou indirectement, tout un champ pathologique inédit de l'organisation sociale. L'analogie n'est pas de pure forme avec la Grande Transformation des années 1930. Les classiques avaient désocialisé l'économie en la portant aux cimes de l'abstraction mathématique, l'échec des thérapeutiques libérales entraîna sa resocialisation : ainsi du grand retournement imposé à la médecine par le mal de misère et d'ignorance, « *maladie sociale* dans ses causes et ses effets ». Dans ses causes : le déterminisme de la contagion n'est autre que la contagion interhumaine, Villemin là-dessus poussant ses raisons, qui professe rondement que « le soldat phtisique est à son voisin de chambrée ce que le cheval morveux est à son compagnon d'écurie ». Promiscuité, surpeuplement, insalubrité, surmenage : l'épidémicité domestique s'alimente à une série de « causes occasionnelles, causes primordiales de fait, puisque sans elles, l'infection tuberculeuse nous guette mais ne nous atteint pas ». Le logement peut ainsi apparaître comme la confirmation empirique du postulat sociologique de l'hygiène. S'il fallait attribuer un coefficient aux différents facteurs sociaux étiologiques de la tuberculose, écrit Landouzy, « le plus fort des coefficients s'appliquerait au logement ». L'opinion scientifique en 1900 est là-dessus « unanime ». Certaines

est le peuple »; P. Strauss (1913), VI (familles nombreuses); Landouzy (1902). Commission de la tuberculose : *CCHP*, 30 (1900). Obscurité : Juillerat et Bonnier (1905), 10; Vallin, *RH*, 15 (1893), 3. Agglomérations : Graux, les Causes sociales de la tuberculose, *Rev. XX^e s.* (1903), cité par Juillerat (1906), 20; et Juillerat (1906), 73-5; voir aussi *CLI* (1895b), 27. Signalons que la densité, l'alpha et l'oméga de l'hygiène du second XIX^e siècle, tant en France qu'en Angleterre (Pelling (1978), 277), demeure au cœur de l'épidémiologie du porteur : Cassedy (1962), 124. Evolution dans le temps : Landouzy (1912), 5-6, 9-10; et Calmette cité par Piéry et Roshem (1931), 229. Paupérisme : Murard et Zylberman (1983), 286; La Berge (1988), 36-7; il y aurait lieu toutefois de nuancer le contraste posé ci-dessus entre les deux époques : La Berge (1988), 34. L'opinion scientifique en 1900 : Lamy (1937), 107. Ecologie et génétique des populations : Ruffié et Sournia (1993), 48, 63-4.

maisons, écrit Juillerat, sont des foyers intenses « où la maladie sévit en permanence et d'où elle rayonne sur la ville entière ». De là le rôle « prépondérant » et pour tout dire « encombrant » joué par la désinfection dans la loi sanitaire de 1902, dénoncé par Roux — le préfacier de Juillerat — vingt ans plus tard, et la fonction tout aussi cruciale du casier dont la mise en œuvre est prévue en cas d'application de l'article 9. Plus généralement, la thèse morphologique s'inscrit dans une sociologie politique de la prophylaxie. La pandémie « touche au plus profond des entrailles de la société », et de ce non contente, « frappe de préférence les malheureux ». Ces « inégalités d'impôts tuberculeux » précipitent la mortalité à 104 dans les bas-quartiers tels Javel, Grenelle ou Plaisance — tous lieux infernaux où 95% des familles à l'estime d'Ambroise Rendu sont infectées, — quand elle s'arrête dans le respect des hiérarchies sociales à 20 pour la Madeleine, 11 pour les Champs-Élysées. Le casier exhibe la machinerie mise à nu de la vie collective dont il garde l'empreinte. A travers le fait de l'agglomération, c'est bien la sociabilité en tant que telle qui passe pour être le vecteur des déterminations morbides, partant des mesures de défense. L'expansibilité de la phtisie « résulte du développement inouï de la sociabilité moderne », sa pérennité ne laisse pas d'apparaître « fonction des conditions économiques ». « C'est pourquoi, aux cris de ralliement de tous les phtisiologues : *guerre au bacille!* par l'air, la lumière, la propreté, par le désencombrement et la désinfection, les sociologues répondent par : *guerre au taudis!* » « Union nécessaire de la médecine et des sciences sociales », l'hygiène, suivant le mot de Joseph Reinach, président à la Chambre d'un Groupe de défense contre la tuberculose (1912), s'efforce « d'attaquer le mal par tous les côtés à la fois » en substituant à des tanières où tout prolifère sur place, s'entasse, se superpose et végète sur ses propres débris, des enclaves étanches et aseptisées. « S'il fallait passer en revue tous les moyens de défense contre la tuberculose, opine Paul Strauss en 1902, le champ entier de la sociologie serait parcouru. » Contagion et sociabilité sont pareillement fondées sur une ontologie naturaliste de la société, l'articulation en extériorité du microbe et des hommes qui prévalait encore dans l'infectionnisme le cède maintenant à l'analogie matérielle du mal avec la chair même du rapport social. Nous avons déjà abondamment commenté ce point (*supra*, VI). Notons seulement ici qu'investie d'une sorte de

mandat par une opinion que déconcertent les théories nouvelles (antisepsie, bactériologie) mais fort attachée aux doctrines plus intuitives de la sanitation (*infra*, XVII), l'hygiène publique trouve dans le casier sanitaire un outil efficace alors que l'action antituberculeuse est pour ainsi dire inexistante. D'où l'assurance de ses partisans.¹⁴

3.... ou sanatoriums à l'allemande : la transition biopolitique

L'assainissement, se rengorge Monod en 1904, voilà « la partie la plus belle de l'hygiène publique, celle dont les progrès doivent rendre un jour presque toutes les prescriptions sanitaires inutiles. » Opinion depuis longtemps élevée à la hauteur d'une doctrine par le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène. « Le vrai mot de l'hygiène publique, note-t-il en 1894, ce n'est pas le mot *prophylaxie*, c'est le mot *salubrité*. » Au gouvernement revient donc le « devoir » de poursuivre l'assainissement du pays — presque achevé en Angleterre, à peine ébauché en France — en dressant le « cadastre sanitaire de la France ». L'asepsie du substrat (sol), qui a fait ses preuves contre les maladies intestinales, voilà la méthode de l'hygiène, valable aussi contre la tuberculose. Tout logiquement, sur le rapport de Brouardel présenté le 19 juin 1893 au comité de direction des

¹⁴. Microbe *paupérisme* : formule de Bompard, *AAHS*, 4 bis (1907), 419. Grande transformation : Préface de Louis Dumont à Polanyi (1983), I. *Maladie sociale* : Bourgeois (1914a), 53. Soldat phtisique : Villemin, cité par Landouzy (1912), 3. Causes occasionnelles : Landouzy (1912), 6. Le plus fort des coefficients : Landouzy (1912), 26; voir aussi Jacquemet, in Murard et Zylberman, *RECH* (1977), 360. Unanime : Juillerat (1906), 24. Sévit, rayonne : Juillerat (1906), 25. Prépondérant, encombrant : Roux en 1920, cité par Lamy (1937), 108, et par Breton et Pierret, *RH*, 44 (1922), 599. Article 9 : Strauss et Fillassier (1905), 297. Entrailles : Landouzy (1903), 7. Malheureux : Duclaux, cité par Bourgeois (1914a), 55. Inégalités : Landouzy (1903), 6, et pour les données chiffrées (1908), 42; Rendu : procès-verbal de la séance du Conseil municipal de Paris du 31/12/1902, cité par Mitchell (1990), 395. Expansibilité, pérennité : Landouzy (1912), 5, 9. Bacilles et taudis : Landouzy (1912), 26. Union nécessaire : Landouzy (1912), 1. Tous les côtés : Discours à la Chambre le 6/3/1912 de Joseph Reinach, *AAHS*, 26 (4-6/1912), 89. Champ de la sociologie : P. Strauss (1902), 121.

services de l'hygiène, le bureau de l'hygiène de la Direction de l'Intérieur, épousant le cadre étroit qui lui est consenti, serait à « dédoubler », pense Monod : un bureau pour la salubrité, l'autre pour la prophylaxie. L'organigramme ministériel se trouve ainsi figé pour un demi-siècle.¹⁵

Par le fait, le casier sanitaire semble corroborer ce fantasme de la toute-puissance des lois que caresse en permanence l'hygiène publique. Structure technologique unitaire, il amalgame instrument scientifique et instrument juridique : du caractère scientifique de la mesure découle comme automatiquement l'identité de l'observation et de la décision, de la probité de l'expertise l'administration simultanée de la vérité et de la loi. « En remplaçant les hypothèses, les vues de l'esprit, par l'observation systématique et impartiale, seule capable de fournir des données positives, les administrations, qui ont la charge de défendre la santé publique, pourront agir à coup sûr. Devant des faits rendus patents, aucune résistance intéressée ne pourra se produire. Les lois, les règlements sanitaires, ne seront plus que la formulation de vérités évidentes, des théorèmes dont la démonstration sera faite et bien faite. Nul, ne pouvant les taxer d'arbitraires, ne pourra songer à s'y soustraire et la protection de la santé publique ne sera plus une utopie mais une triomphante réalité. » Juillerat pense ici à l'expropriation pour cause d'insalubrité publique, dans laquelle le casier, selon un autre fonctionnaire de la préfecture de la Seine, serait susceptible de jouer un rôle important. Honnorat, en 1916, placera d'ailleurs l'expropriation (loi du 17 juin 1915) au rang de « moyen direct » de l'action antituberculeuse. On peut bien sûr se demander si cette croyance que « les lois et les réglementations sanitaires, *pourvu qu'on les applique*, sont capables de lutter contre la tuberculose », comme l'affirme Landouzy (mais aussi Duclaux et d'autres), si cette croyance ne cache pas une dépréciation naïve du droit, l'idée, chère à Condorcet, qu'un consensus rationnel naît de règlements immédiatement liés aux données de fait démontrées par l'expert, et non de l'expression, toujours arbitraire, de la volonté du plus grand nombre. Quoi qu'il en soit, si l'option

15. Monod (1904a), 56. Monod (1894b), 14. Sur le ministère de l'Hygiène, voir vol. 2.

administrative demeure vivace, — nous verrons le dispensaire antituberculeux "Léon-Bourgeois" de Laënnec conçu précisément comme étant à la croisée de la logique administrative du casier et de la logique médicale du sanatorium (*infra*, XV), — la découverte du bacille, puis l'industrialisation naissante de l'immunisation par la technologie des sérums n'en remettent pas moins en cause au début du siècle la suprématie du point de vue réglementaire. La *New Public Health*, étiquette américaine sous laquelle aussi bien l'on peut ranger les bactériologistes français ou allemands, voit désormais dans le contrôle des personnes infectées, non des choses, la variable stratégique de la lutte. Le doute, alors, s'installe à propos de l'efficacité des mesures d'assainissement. Le même Vallin qui, en 1893, écrit que l'« infection et l'épidémie ont plus de chances d'envahir une ville malpropre [...] qu'un port de mer assaini et bien drainé », qualifie quelque temps plus tard la théorie de la contagion indirecte par les locaux de « simple hypothèse dont il est aussi difficile de prouver l'inanité que l'exactitude ». Et tandis qu'en 1902 le parlement vote une loi de salubrité, l'opinion scientifique se tourne vers des mesures certes plus brutales que le nettoyage des rues ou la vaporisation de créosote dans les couloirs du métro. La chasse au bacille va remplacer la guerre à l'obscurité. Sans doute accorde-t-on que l'amélioration de l'habitat a un rôle à jouer dans la décrue de la mortalité tuberculeuse; mais ce n'est pas la seule cause : on voit mal en effet pourquoi l'Angleterre en aurait ressenti seule les bienfaits.¹⁶ D'ailleurs celle-ci n'en usait-elle pas en réalité avec ses tuberculeux comme elle en avait usé avec ses lépreux? Ses succès découlaient-ils d'une meilleure résistance des personnes *menacées*, ou plus radicalement de la séquestration des personnes *atteintes*? Quelque odieux à Max Weber, en effet, « le repoussant système des workhouses » n'était pas sans ajouter aux bénéfiques d'une émigration qui tout au long des années 1861-1911 chassait des Iles

¹⁶ Juillerat (1906), 75-6, et Roux, *ibid.*, VI-VII. Expropriation : Fillassier (1913), 10, et Honnorat (1916), 148. Landouzy (1912), 38; Duclaux (1902), 14-5, à propos de la variole. Sur la *New Public Health*, voir Winslow (1923), 55; pour l'Allemagne : Weindling (1989), 163-64. Vallin, *RH*, 15 (1893), 3, et cité par Lamy (1937), 107. Créosote : Guerrand (1961), 11. Chasse au bacille, amélioration de l'habitat et seule cause : Duclaux (1902), 136, 162.

Britanniques quelques 10 millions de pauvres diables au nombre desquels les « blessés de la tuberculose » étaient sans aucun doute légion : les bacillifères isolés pour une part dans les infirmeries ou hôpitaux de la Poor Law, et pour une autre acheminés à semer leurs germes sous des climats étrangers, la chaîne infectieuse s'allégeait d'autant pour le gros de la nation. Le sacrifice de certains répondant du bien commun, le confinement des uns d'une moindre contamination des autres : telle est la *via dolorosa* qu'aurait souterrainement empruntée le royaume pour le plus grand bonheur du plus grand nombre. Arthur Newsholme, le medical officer de Brighton, dans une série d'étude publiées entre 1903 et 1908 a montré combien la part des phtisiques ségrévés dans les workhouses rapportée à leur nombre total reflétait bon an mal an le déclin proportionnel de la mortalité. Démonstration que Leonard Wilson fait sienne aujourd'hui, avec cette double conséquence qu'entre Angleterre et Allemagne elle rétablit l'union où les contemporains ne voyaient que le divorce, et que pour la France, elle frappe de caducité sa charte sanitaire puisque l'emplâtre n'y est mis qu'à côté du mal.¹⁷

Personne en France ne note cependant cet aspect-là de la politique antituberculeuse anglaise. A l'Angleterre demeure attachée l'image de la sanitation, de la lutte contre la mortalité générale (y compris la mortalité tuberculeuse); l'Allemagne seule paraît depuis 1880 porter tous ses efforts sur la mortalité spécifique et réussir à faire baisser selon une pente constante le nombre des victimes dues à la phtisie. Or l'Allemagne dispose ses poitrinaires à la docilité. Avec ses sanatoriums et ses caisses d'assurances, elle commence, dira Calmette, à « hanter tous les esprits ». Ce n'est pas qu'elle se désintéresse des cités-jardins, des parcs et plus généralement de la *Wohnungshygiene*, ni ne conforte l'étiologie environnementale de la tuberculose par de ces enquêtes lourdement accusatrices sur les conditions de travail ou de

17. Workhouses : M. Weber (1964), 220 note 45. Blessés par tuberculose : la formule, qui fera florès pendant la Grande Guerre, se rencontre le 16/3/1902 chez le Dr Sersiron, l'élève de Landouzy, lors de la séance d'ouverture du Congrès des Œuvres antituberculeuses, *RPh*, 10 (1901-02), 750. Isolement, émigration, Newsholme : Wilson (1990), 365-396, et (1992), 16; ainsi que Smith (1988), 241.

logement qu'illustre dorénavant la photographie (on sait le rôle pionnier à cet égard d'Albert Kohn, l'administrateur socialiste de la *Berliner Ortskrankenkasse*). Trente millions de marks consacrés pour la seule année 1898 aux habitations salubres à bon marché, crèches, jardins d'enfants et bains populaires, font un assez joli pactole. Mais soucieuse devant toutes choses d'empêcher la diffusion de la graine empoisonnée, elle pare au plus pressé par le traitement hygiéno-diététique de l'ouvrier bacillisé dans des établissements fermés, disciplinés, aseptiques. Trente ans noircie de calomnies, la nouvelle Fuite au désert prônée par Hermann Brehmer dans sa thèse inaugurale, *Tuberculosis primis in stadiis semper curabilibus* (1856), s'élève à la hauteur d'un dogme. Quoique une libre servitude, elle a tout pour aguicher les amants de la nature et des médecines douces, écologistes en puissance, *Lebensreformer* et contempteurs de la ville à la *Rousseau*, cette cure d'air et de repos où le malade ôté à l'incurie de son médecin traitant comme à l'inutilité de ses ordonnances n'absorberait en fait de médicaments qu'une façon de grande bouffe plantureuse (6 repas par jour). Gørbersdorf en Silésie pour les classes fortunées (1859), Falkenstein salué comme « la Mecque des phtisiologues » après que l'élève chéri, Peter Dettweiler, y eut tour à tour ouvert une *Curantstalt* en 1876, puis le premier sanatorium populaire en 1892 — ces petites sociétés rangées sous les lois d'un « maître absolu » n'eussent guère colonisé le Reich néanmoins si elles n'étaient entrées en communauté d'intérêts financiers avec les Offices d'assurances ouvrières. Obligation légale avait été faite en 1883 (assurance-maladie, retenue de 2% sur tous les salaires) et 1892 (accidents, infirmité, vieillesse) aux quinze millions de travailleurs inscrits depuis 1852 comme participants des sociétés de secours mutuels de s'assurer auprès d'une caisse de leur choix contre la maladie, d'une part, l'invalidité et la vieillesse, de l'autre. Or dès 1895 le docteur Gebhardt, directeur de l'*Hanseatische Anstalt für Invaliditäts- und Altersversicherung*, agite devant le congrès de Stuttgart le spectre d'une faillite assurée. Les tuberculeux dévorent les ressources des caisses, 8 500 rentes d'invalidité sur 60 000 leur sont d'ores et déjà servies, ce pourcentage de 20 à 22% selon les établissements grimpe tous les ans. Comme quoi l'intérêt bien entendu commande d'étudier les crachats au premier soupçon, en dépêchant le tousseur au sanatorium sitôt son

affection déclarée au lieu de le traîner à sa charge pendant deux ou trois ans jusqu'à ce qu'il ait le bon goût de disparaître. Jugez et pesez, représente Gebhardt. Il en coûterait à une caisse d'invalidité 225 000 francs environ pour placer mille ouvriers dans ces *Volksheilstätten* (sanatoriums publics) d'où ils sortiraient requinqués après 90 jours : les mêmes lui reviennent aujourd'hui à 475 000 francs en rente payable pendant deux ans. Le mal dépisté dès ses origines, le patient rétabli au bout de trois mois de repos en moyenne, il rentrerait dans le rang et continuerait à payer ses cotisations. Et voilà comme les sanatoriums pour pauvres sortent de terre : 26 en 1900, 72 en 1905 (6 000 lits), 97 en 1911 contenant 11 000 lits (et 36 sanatoriums privés avec 2 175 lits) — l'élan national ne se dément pas, qu'impulse le *Deutsches Central-Komitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke* (Comité central allemand pour l'érection des sanatoriums) constitué le 21 novembre 1895 sous la présidence du Chancelier du Reich.¹⁸

« L'étendard et le pivot » d'une organisation que domine de part en part « l'idée du bacille à poursuivre et à supprimer », l'action antituberculeuse par le fait va prendre en France une couleur teutonique prononcée.¹⁹ Ce non seulement sous l'effet des mutations scientifiques et économiques que nous avons dites, mais aussi suite à une inflexion capitale de la perception même du fléau.

18. Allemagne seule : Duclaux (1902), 162. Hanter : Calmette, extrait de la RM (1933), 3. *Wohnungshygiene*, Kohn : Weindling (1989), 165-67. Trente millions de marks : Malvoz (1900), 712. Fermé, discipliné, Mecque, maître absolu : Brouardel (1900), 45-47. Traitement hygiéno-diététique, Brehmer, Dettweiler : Piéry et Roshem (1931), 387-89. Offices d'assurances, Gebhardt : Weindling (1989), 177-79; Brouardel (1900), 49-50 [qui s'appuie sur le Dr Romme, Les assurances ouvrières et la lutte contre la tuberculose en Allemagne, *Rev. gén. des sciences*, 15 et 16/8/1899, 578] et (1903c), 26-28; Duclaux (1902), 146-151; Fuster, in Honnorat (1916), 151. Chiffre de dispensaires : Weindling (1989), 179; et Faisans, Les dispensaires antituberculeux, CPPT, III (1908-10), 38 note 2, qui parle dans cette séance du 27/6/1908 de 99 sanatoriums populaires (10 539 lits), 36 sanas privés (2 175 lits), 18 instituts pour enfants tuberculeux (837 lits), et 73 instituts pour enfants scrofuleux (6 843 lits).

19. Etendard, bacille : Robin (1908), 1-2.

De ce regard nouveau posé par la Belle Epoque sur la tuberculose, ce n'est que beaucoup plus tard que Marcel Moine, le statisticien du CNDT et de l'INH, sera à même d'en donner le fin mot. « La forte mortalité de l'adulte mûr, écrira-t-il en 1964, a été la première à être réduite. Ce phénomène s'est passé dans la dernière moitié du XIX^e siècle. Au début du XX^e siècle, ne subsiste alors que la pointe de mortalité concernant la fin de l'adolescence et l'adulte jeune; mais ce n'est qu'à partir des générations nées entre 1934 et 1938 que disparaît le rebond de la mortalité qui avait persisté jusque-là dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans. » La courbe est très différente en Angleterre et au Pays de Galles où l'âge moyen au décès augmente jusqu'à la fin du siècle pour s'abaisser ensuite, puis reprend à partir de 1921 une allure ascendante toutefois moins rapide. Par le fait, en un siècle la mortalité spécifique des 15-40 ans a peu évolué en France (compte non tenu de l'incertitude des diagnostics et de l'hétérogénéité des données statistiques); la pyramide ne s'est écrétée qu'au sommet (*fig. et bis*) :

Fig. bis : Paris-la Charité, 1803-1806, phtisie, âge au décès.
Source : Goubert et Rey (1993), 42.

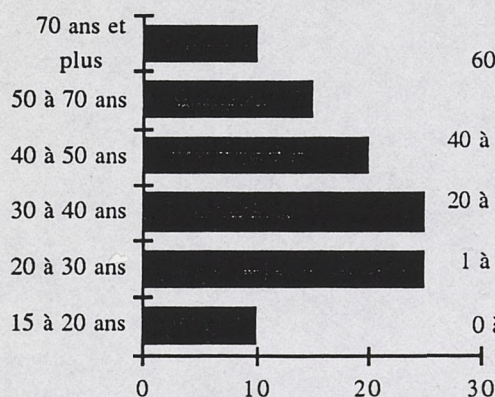
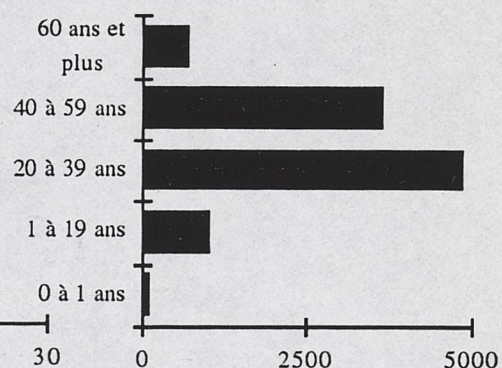


Fig. : Tuberculose pulmonaire, âge au décès en 1903, malades domiciliés à Paris. Source : Bertillon (1903), 216.



Dès lors, le fameux « rebond » n'apparaît que parce que la pyramide s'est tassée à sa pointe. L'image reçue de la maladie s'en trouve néanmoins modifiée. Au vu des données rassemblées par Bayle à la Charité, Laënnec avait déclaré la phtisie « plus commune » à l'âge de 40 à 50 ans; critiquée par

Andral, cette opinion n'en avait pas moins déterminé jusqu'à la fin du siècle (du moins peut-on en faire l'hypothèse) la perception de l'épidémiologie tuberculeuse. Si la vision des choses propre aux hygiénistes de la Belle Epoque doit s'expliquer par des raisons définies, ce ne peut être, en effet, que par leur compréhension des doctrines de leurs prédécesseurs. Doctrines en désaccord avec les faits, légendes sans doute, mais « légendes doctrinales » qui, autant que la réalité, sont un facteur du mouvement des idées et un élément d'histoire. Cette persistance de la surmortalité dans les jeunes classes (qui ne disparaîtra qu'avec la génération 1965-69) faisait en outre contraste avec le mouvement de la mortalité générale qui, depuis 1860, et surtout depuis 1880, s'abaissait rapidement pour tous les âges, mais surtout pour les tranches antérieures à la trentième année. Gageons qu'il y avait là scandale. Devant les yeux des hygiénistes, la tuberculose se muait en une maladie de jeunes, — avant de redevenir avec la transformation des formes létales en formes chroniques dans l'entre-deux guerres une maladie d'adultes mûrs. De cette tendance, Edouard Fuster a, peu avant la guerre, établi la portée. En 1910-1912, près de la moitié des décès tuberculeux frappaient les hommes et les femmes âgés de 20 à 39 ans, contre 30% pour ceux et celles âgés de 40 à 59 ans et 18% pour les jeunes de 1 à 19 ans. « La tuberculose, écrit-il, est donc bien une maladie de jeunes, et notamment elle est par excellence la maladie des jeunes adultes, en pleine production et reproduction. » Seule l'urbanisation déforme ce profil par âge en prélevant dans les grandes villes son tribut principalement sur les individus âgés de 40 ans et plus. Ainsi, tout en confirmant la liaison entre tuberculose et urbanisation caractéristique de la France du XIX^e siècle, l'analyse de Fuster n'en remet pas moins en cause l'explication, unanimement admise depuis Villemin, de l'incidence de la maladie par l'agglomération, mettant en vedette la tuberculose endémique des petites villes et des campagnes ainsi que la structure par âges de la mortalité.²⁰

²⁰. Moine cité par Coury (1972), 213. Angleterre : Gage (1993), 63. Laënnec, Andral : Coury (1972), 199, 202. Légende doctrinale : Robin (1967), 22. Génération 1965-69 : Vallin et Meslé (1988), 407. Mortalité générale : Bideau, Dupâquier et Biraben in Dupâquier, III (1988), 296-98. Fuster in Honnorat (1916), 18, souligné dans le texte; urbanisation et âge au décès : Fuster in Honnorat (1916), 30-1. France du XIX^e siècle : Kunitz (1983), 361.

Que les mauvaises conditions d'hygiène nées de l'encombrement favorisent l'incidence de la maladie sans toutefois que cette dernière dépende nécessairement d'une taille minimum de population, à l'instar de la variole ou de la rougeole, l'épidémiologie aujourd'hui le confirme. Néanmoins c'est bien le profil par âge de la mortalité qui retiendra toute l'attention des médecins dans l'entre-deux guerres. De même, la pensée des hygiénistes à la Belle Epoque est-elle entièrement dominée par ce rebond (inexpliqué) de la mortalité chez les jeunes adultes. « En France, écrit ainsi Calmette en 1901, nous lui [la tuberculose] payons chaque année un tribut de 150 000 existences de jeunes hommes et de jeunes femmes de 15 à 40 ans, dans toute la force de l'âge, dans toute la plénitude de leur "rendement social". » A Lille, en effet, les chiffres sont éloquentes :

Tableau : *Mouvement du dispensaire Emile-Roux par âge et par sexe, 1901-1902. Source : Calmette (1903a), 29.*

| Age | Hommes | | Femmes | | Total | |
|-----------------|--------------------|-----|--------------------|-----|--------------------|-----|
| | consultants/dt tbx | | consultants/dt tbx | | consultants/dt tbx | |
| Moins de 10 ans | 14 | 5 | 16 | 1 | 30 | 6 |
| de 10 à 20 ans | 56 | 33 | 72 | 47 | 128 | 80 |
| de 20 à 30 ans | 137 | 98 | 128 | 83 | 265 | 181 |
| de 30 à 40 ans | 165 | 103 | 104 | 58 | 269 | 161 |
| de 40 à 50 ans | 83 | 46 | 39 | 22 | 122 | 68 |
| de 50 à 60 ans | 32 | 14 | 11 | 4 | 43 | 18 |
| plus de 60 ans | 6 | 4 | 5 | 1 | 11 | 5 |
| Total | 493 | 303 | 375 | 216 | 868 | 519 |

Cette dynamique atypique de la mortalité entre 1900 et 1935 a-t-elle empêché les contemporains de prendre conscience du déclin de la mortalité spécifique générale? Peut-être. Quoi qu'il en soit, l'âge devenant la variable stratégique, c'est alors, et alors seulement, que l'alarme semble reverdir, grâce à un engagement réel, sinon de la puissance publique, du moins de quelques grandes municipalités.²¹

21. Taille minimum : Kunitz (1983), 352, 361. Entre-deux guerres : Godard (1935), 19-24. Calmette, extrait de la *RH*, 23 (1901), 5. Sur le glissement "vers la droite" de l'âge au décès, voir Coury (1972), 212, fig. V; et Moine [c. 1940-1941], 7, 4 fig. I.

dû retourner tous les ans sur la montagne magique : l'avantage, pour lors, eût été « à le laisser mourir et à le remplacer par un autre non malade, ou par un malade plus facile à guérir, et par conséquent porteur d'une tuberculose plus jeune ». Duclaux ne fait pas mystère, on l'a vu, de l'utilitarisme sacrificiel sous-jacent à un système qui pour être économique table sur des guérisons rapides, si même il ne les exige nombreuses. « Pour que l'opération tentée ne se soldât pas en perte, il fallait prendre des tuberculeuses à leur début, c'est-à-dire, allons au fond des choses, négliger toutes celles qui étaient trop avancées. » Où l'on démêle un peu mieux — Paul Strauss s'en émeut inconsidérément en 1903 — le comment et le pourquoi de nos déclarations de guerre toutes « platoniques » : il fait violence au génie de la République, ce *Christ aux bras étroits*. La bienfaisance, l'hygiène sociale pastorienne en dissout la présence jusqu'au fantôme. La querelle des sanatoriums, en France, en 1900, n'a donc qu'apparemment le chauvinisme pour prétexte. Et la préférence accordée par certains à l'assainissement équivaut à fuir la douloureuse nécessité de l'isolement aussi bien que la prise en charge sélective des malades qu'appelle inexorablement une politique d'hospitalisation dans un contexte de pénurie.²³

4. Rationalité du sacrifice

L'équilibre invinciblement rompu, le Reich n'en reçoit pas moins le sceptre de la science. Il fallait être Anglais ou rien, quand la routine était à protéger l'individu encore sain du milieu contaminant : il faudrait être Allemand ou rien, pour défendre le milieu encore sain contre l'individu déjà malade. Brouardel, Landouzy, Grancher sur ce sujet font un bruit étrange. Conviés dans la capitale impériale du 24 au 27 mai 1899 au premier "Congrès pour la lutte contre la tuberculose, maladie endémique," il leur semble « assister à une véritable révélation » — les deux premiers entreprenant dans l'instant

²³. Brouardel (1902), 739. Bonne affaire : Malvoz (1900), 712. Comme souvent : ainsi à Lille (Charité), voir Rogeaux (1992), 355-56, 367. Laisser mourir : Duclaux (1902), 148-49. L'utilitarisme et la question du sacrifice : Dupuy (1992), chap. IV. P. Strauss, Bulletin, *RPh*, 13 (1903), 283.

l'Académie le 4 juillet sur les « nombreux, très nombreux sanatoriums populaires » dont la nation en mal de sécurité serait nécessitée. La fièvre transpire dans ces propositions. Grancher ne craint pas de recommander « une prophylaxie utile de la tuberculose en dehors des voies légales et administratives ». « Urgente et patriotique » également, comme le notifie de retour de Berlin, lui aussi, le député de la Seine Raoul Bompard dans une lettre au président du Conseil, l'institution d'une grande Commission dite extra-parlementaire « à l'effet de rechercher les moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose ». Sœur de la commission créée en 1896 à l'Assistance publique de Paris, qui, en un an, avait obtenu le vote de 13 millions pour l'ouverture de services de tuberculeux, elle formerait un « centre d'action » modelé sur le « comité central » ayant organisé l'« immense effort » antituberculeux des œuvres privées et publiques de l'Empire, et « dresserait un plan de campagne pour tout le territoire national ». Suite à ces appels pressants, « l'un des plus grands parmi [nos] hommes d'Etat » au sentiment de Calmette, Waldeck le 22 novembre débarrasse la cité savante du soin de ces périlleuses questions qu'il met sur la place publique sans en embarrasser le parlement. Conseil général (Navarre) et Conseil municipal de Paris, Ville (A.-J. Martin) et Bureaux de bienfaisance (Séailles), Académie et Faculté (Bergeron, Bouchard, Grancher, Landouzy, Lannelongue, Letulle, Marfan, Nocard et Thoinot), Institut Pasteur (Duclaux, Calmette et Roux), Intérieur (Monod et ses inspecteurs généraux des services sanitaires Proust et Chantemesse), Assistance publique (Napias), Statistique (March) et Société des habitations à bon marché (G. Picot), Ligues (Armaingaud, Léon Petit) et Œuvres (le prince d'Arenberg), Sénat (Cornil, Cordelet, Roussel, Strauss, Pozzi) et Assemblée (Bompard et Guyesse, notamment) coalisés sous la présidence de Siegfried, la vice présidence de Brouardel, cette lourde machine dont les travaux débutent le lundi 22 janvier, encombrée de 65 sommités ne sait guère néanmoins ce qu'elle veut, elle voudrait *vouloir*. Ils s'entrepêchent s'ils ne s'entredétruisent, le germanophile qui croirait son système ruiné s'il se trouvait plus de 4 à 500 000 candidats à la cure d'air (Brouardel), le mélancolique qu'accablent les « 750 000 cas annuels » prêts à fondre sur sa chancelante Société des sanatoriums populaires (Landouzy), et l'anglophile qui,

dénombrant 10 à 12 maladies pour une mort, s'environne d'1 200 000 tuberculeux pour se mieux persuader la vanité d'un modèle honni (Monod). Commentaire acide du directeur de la *Revue philanthropique* : « La légitime divergence de doctrines et d'opinions du corps médical français n'a peut-être pas été étrangère à la modicité des résultats acquis²⁴ ».

Mais voici plus barbare que des variations somme toute ordinaires au chapitre de la morbidité. Il avait fallu sept ans au conseil municipal de Paris pour donner suite à sa décision de 1893 relative à l'érection d'un Falkenstein français dans l'Oise, à Angicourt. Sept ans pour inaugurer en 1900 quelques 148 lits (aucuns disent 50) en lieu et place des 200 prévus à l'intention des Parisiens curables, les incurables disposant à Brévannes (1907) d'une structure plus chétive encore. Si répulsive, cependant, l'ombre projetée par l'hôpital (un dépôt de moribonds, et non un pavillon de cure), qu'Angicourt au rapport de son directeur G. Küss en 1901 « n'a pas pu être tout à fait rempli » (de fait, quatorze patients seulement y étaient hébergés). Admiration continue ou mépris pénible de l'Allemand, les dissentiments n'en paraissent que plus déplacés. Jusqu'à Brouardel, ce grand original dont Monod insinue perfidement qu'il « s'est constitué en France le chaleureux défenseur du système allemand », qui d'emblée confesse devant la Commission ne pouvoir décider que les célibataires, domestiques ou employés de magasin. « Si en ce moment on créait loin des grands centres, à 15, 20, 30 kilomètres, des sanatoriums

24. Congrès de Berlin : Weindling (1989), 179; Piéry et Roshem (1931), 228. Révélation : Brouardel (1902), 738. Nombreux sanatoriums : *BAM*, 4/7/1899, cité in Mitchell (1991), 29. Grancher : cité par Monod, Note au président du Conseil, 18/1/1899, Institut, fonds Waldeck-Rousseau, ms 4609, chemise 7. Bompard à Waldeck-Rousseau, 15/10/1899, Institut, fonds Waldeck-Rousseau, ms 4609, chemise 7; également publiée in *RPh*, 6 (1899-1900), 106-07. Waldeck homme d'Etat : Calmette (1933), 334. Minute de l'arrêté du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, instituant une commission de la tuberculose au ministère de l'Intérieur, 22/11/1899, et composition de la commission : Institut, fonds Waldeck-Rousseau, ms 4609, chemise 7; sur la composition de la commission, voir aussi : *Commission de la tuberculose* (1900), IX-XI. 4 ou 500 000 tuberculeux, 750 000, 1 200 000 : Brouardel (1903c), 26.; Landouzy (1903), 14 ; Monod (1904a), 40. Divergence : P. Strauss, Bulletin, *RPh*, 13 (1903), 282.

populaires pour tuberculeux, on rendrait grand service à ceux qui s'en serviraient, mais actuellement ils seraient peu nombreux. » Avec cela, il tombe sous le sens que des établissements aussi dispendieux à construire (7 à 8 000 francs par lit au calcul de Monod, 6 000 selon Robin) qu'à faire fonctionner (3 000 francs par lit et par an selon le même Monod, 2 000 pour Duclaux) ne formeraient jamais une bien imposante armada. « Nous ne pouvons pas faire des sanatoria pour 500 000 malades », concède du bout du cœur le président du Comité consultatif. « Il ne peut plus être question de prélever sur la fortune publique les sommes d'argent énormes qu'eussent nécessité la construction et l'entretien de cinq cents sanatoriums populaires de cent lits chacun [...] pour "isoler" et tenter de guérir les 150 000 tuberculeux pauvres disséminés sur notre territoire », instruit d'autre côté Calmette. Chimère, assure-t-il ailleurs, que de prétendre à lever 200 millions d'un coup, puis 70 autres, année après année, pour héberger dans ces établissements « *trois cent mille* tuberculeux adultes pauvres ». Et comment n'eût-il menacé de se tarir à l'examen des comptes véritablement fantastiques de Duclaux, le « courant irrésistible » qui poussait à leur multiplication? 150 000 bacillifères dont les deux tiers environ appartiennent aux classes pauvres, 100 000 misérables que la société à intérêt à enlever à leur entourage pendant trois ans de maladie au moins, ce sont 300 000 empoisonneurs à héberger d'un coup. Soit trois milliards de frais de premier établissement, et un budget annuel de six cents millions pour les seuls frais d'entretien, d'un milliard au total s'il vous prend quelque mouvement d'humanité pour la famille précipitée dans le besoin du fait de la claustration de son chef. Le furieux pacifiste, tendance anarchiste, qu'est le maître de l'Institut Pasteur poussant là-dessus sa pointe : « Je reconnais que par une sottise qui devrait nous faire rougir, nous dépensons plus que cela pour le ministère de la guerre, mais précisément, le robinet ouvert de ce côté nous permet-il d'alimenter l'autre?²⁵ »

25. Angicourt et Brevannes : Monod, 41, qui cite en note 4 le rapport de Kuss; Mitchell (1991), 261, 257, qui parle de 50 lits là où Monod en signale 148. 14 patients : Mitchell (1987), 441. Chaleureux défenseur : Monod (1904a), 42, suite note 4 de la page précédente. Célibataires, candidats peu nombreux : Brouardel (1900), 51. Coûts de construction et d'entretien :

Mais voici l'essentiel. L'affaire semblait décidément dans « une impasse », l'engouement pour la cure hygiéno-diététique sur le point de tomber devant « la carte à payer ». Est-ce à dire qu'au défaut d'être tous mis en pension, les poitrinaires invariables et tranquilles lanceraient comme devant leurs crachats à la volée? « Le meilleur moyen de combattre et de traiter [le fléau], avait tranché en 1896 sur proposition d'Emile Roux une "Commission spéciale instituée à l'effet d'étudier les moyens propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux", c'est d'isoler les tuberculeux. » Or, de deux choses l'une. Ou l'on croit isolement synonyme d'enfermement, et l'opinion l'emporte en ce cas d'un Monod comme quoi l'équité et la prudence à la fois commandent de tenir la balance égale entre des souffrances inégales en « isolant d'abord ceux qui constituent le danger le plus grave, ceux qui crachent le plus, les quasi incurables ». Le juste prévaut sur le bien, l'entretien des moribonds sur la réparation des simples blessés. Ou bien, moins soucieux de déontologie et par là mieux disposé à des sacrifices que légitime le bien collectif, l'on s'accorde avec Duclaux sur un conséquentialisme dont le « principe recteur » ne laisse pas d'entamer le dogme charitable : « le minimum aux tuberculeux inguérissables, le maximum aux autres ». Qui nomme action bonne, en effet, celle dont les conséquences contribuent au mieux-être de tous, il chasse sans vergogne le malade définitivement alité pour réserver ses draps à celui chez qui le mal débute au contraire. « Chaque lit rénove trois ou quatre malades par an, au lieu d'être tous les trois ou quatre ans le lit de mort d'un seul malade. » Là-dessus roule toute la controverse. Le chauvinisme braillard, d'une part, l'esprit imitateur et laquais, de l'autre, « deux écoles rivales, et presque ennemies » occupent le devant de la scène. Mais le sanatorium n'eût point remué les passions si l'assistance tout entière n'avait paru dans la coulisse ébranlée. Tant il blesse l'égalité devant les soins, l'impudent conseil glissé dans *l'Hygiène sociale* de « faire la part du feu », et de porter « tout

Monod (1904 a), 41 note 3; Robin (1908), 2; Duclaux (1902), 137. Faire des sanatoria : Brouardel (1903c), 26. Fortune publique, 150 000 et 300 000 tuberculeux : Calmette (1903b), 4; et (1903a), 3. Comptes fantastiques, courant irrésistible, sottise : Duclaux (1902), 136-37.

l'effort sur la tuberculose jeune ». On dispute de phtisiologie, la philanthropie seule est dans toutes les têtes. Si dissensions il y a, aussi bien, elles ne mettent point aux prises la science française avec une façon de cinquième colonne. Mais la justice avec l'utilité, l'école solidariste avec la pastorienne.²⁶

Dissensions feutrées, s'entend, le ton de rigueur étant celui de la plus parfaite compagnie. Que paraisse en 1896 sous la signature de Bourgeois le compendium de la République radicale — *Solidarité*, — Monod devant l'Académie des sciences morales et politiques lui prête l'hommage empressé du premier pastorisme. Seulement, voici : autre chose les affections aiguës, autre chose les affections à marche lente. Variole ou fièvre typhoïde, l'épisode épidémique, resserré dans son cercle (la maladie) comme dans sa durée (l'urgence), sonnait le glas du Léviathan sanitaire; la pandémie tuberculeuse, sa pérennité retentissent comme le gong au contraire de ce monde envisonné dans *l'Hygiène sociale* « où chacun serait surveillé par tous ». Rien de légitime au sentiment du directeur de l'Assistance publique en 1914, Gustave Mesureur, comme d'exciter la méfiance de la blanchisseuse et des voisins contre tel contagieux qu'alcoolisme, débauche ou malpropreté dénoncent comme un « malfaiteur ». Une manière d'hédonisme politique, le pacte solidariste s'en remet volontiers à l'égoïsme éclairé du soin de « poursuivre le mal dans les mœurs », en effet. Elle passe le supportable à l'opposé, cette surveillance officieuse qui dans *le Microbe et la maladie* (1886) fait du malheur privé une calamité quasi publique : tout malade, prononce Duclaux, « tout malade doit être traité en suspect ». Un principe autovalidant, la contagiosité ordonne les maladies selon des critères qui ne s'infèrent plus de leurs formes cliniques mais des tactiques à leur opposer, le fil du rasoir tranchant entre celles où le malade s'alite (coûteux puisque oisif, mais non dangereux), et celles où il ne s'alite pas (non coûteux puisque valide, mais foncièrement redoutable). Qu'advient-il en l'espèce de ce « protectorat secourable » des

26. Impasse, carte à payer : Duclaux (1902), 137. Roux, 1896 : cité par P. Strauss (1900), 134. Quasi incurables : Monod (1904a), 41. Principe recteur, minimum, maximum, rénovation, lit de mort : Duclaux (1902), 168-69. Ecoles rivales : P. Strauss, Bulletin, *RPh*, 14 (1903-1904), 380. Part du feu, tuberculose jeune : Duclaux (1902), 149, 171.

faibles, des malades, des déshérités, qui fait la triste joie d'un Strauss? Le second pastorisme n'en a cure, qui s'ôte la peine de considérer les maux en eux-mêmes pour les envisager sous le seul angle de l'intérêt civil et de la défense de la société. Le rideau se déchire. Victime supplémentaire de la tuberculose, la fiction de la solidarité tombe à terre. De quoi « donner le frisson au nosographe », au monstre d'amour des démangeaisons de conscience. Il n'est pour prévenir la dissémination du germe, consigne Grancher, que de « lui enlever sa proie ». « Comme on ne pourra pas enfermer les douze cent mille tuberculeux de France dans des sanatoriums, gronde le sensible Monod au rebours, s'appliquera-t-on à les suivre dans les menus faits de leur vie journalière? à les empêcher de cracher ou à les contraindre de se servir d'un crachoir de poche? [...] Il faudrait faire tout cela pour que la santé publique fût véritablement protégée contre eux. Or, cela est impraticable. » Certes! mais fallait-il en récompense prodiguer de ces mesures conservatrices qui ne conservent rien? ou se rendre, comme bientôt, nationalisme aidant, le conseil municipal parisien, au machiavélisme de la rue Dutot, et ployer la charité aux « questions d'intérêt », justement?²⁷

5. *Joseph Grancher, ou « la sélection des graines encore saines »*

Enlever sa proie? « Je parlais dans le désert quand en 1878 j'écrivais sur la phtisie dans les hôpitaux [...] je crois bien qu'à cette époque j'étais le seul médecin des hôpitaux qui s'intéressait au sort du phtisique pauvre, tant l'idée d'incurabilité de sa maladie était article de foi. » Jacques-

27. Chacun surveillé par tous : Duclaux (1902), 221. Malfaiteur, poursuivre le mal dans les mœurs : Mesureur lors de l'inauguration du dispensaire Léon-Bourgeois (Laënnec) le 12/12/1913, *AAHS*, 34 (4-6/1914), 26. Le malade comme suspect : Duclaux (1886), 240. Protectorat : Strauss (1913), 276. Frisson : Duclaux (1902), 5. Enlever sa proie : Grancher, But et fonctionnement de l'Œuvre de Préservation de l'Enfance exposés par son fondateur (1905), cité par Armand-Delille, *L'Œuvre Grancher de 1903 à 1953*, plaquette du Cinquantenaire. Enfermer : Monod (1904a), 40. Questions d'intérêt : Duclaux (1902), 171. Conseil municipal parisien : Mitchell (1987), 447-48.

Joseph Grancher (1843-1907) n'avait pas lanterné pour instruire le dossier, qui dès 1878, en effet, élit en la peste moderne « la plus curable des maladies chroniques ». Premier pastorisme (assainissement, maladies épidémiques), second pastorisme (isolement, maladies endémiques), les deux courants se succèdent moins qu'ils ne parcourent le même lit en sens opposé. Une prédisposition héréditaire, un stigmate de dénégérescence, la tuberculose ne se rangeait point parmi les affections ordinaires, elle exprimait une constitution viciée : le nihilisme thérapeutique était roi. Robert Koch n'avait en rien retourné une opinion savante que l'échec de sa tuberculine plongeait dans une joie mauvaise. Selon une enquête menée en 1885 par la British Medical Association, un praticien seulement sur quatre convenait de la transmissibilité du fléau. Ici même, en 1896, Sigismond Jaccoud assurait sa prochaine élection à la présidence de l'Académie de médecine sur cette facétie que, la contagion n'étant guère autre chose qu'une « simple possibilité », les méthodes « absolues » en matière de traitement s'effondraient devant « l'ambiguïté des faits ». Le bacille pas encore mis à jour (1882), l'article de la *Gazette médicale de Paris* allait cependant renverser les idées reçues. « L'air d'une salle d'hôpital ne convient pas aux phtisiques », y affirmait Grancher. « Effrayante » à Lariboisière autant qu'à Boucicaut, plaiderait d'autre côté Maurice Letulle en 1898 devant la SMP, la proportion des décès par rapport aux admissions (presque le tiers) montre assez « les défauts irréparables » attachés à des quartiers faits exprès pour concentrer sur eux l'animosité d'une administration (l'Assistance publique) que déconcerte entre autres nouveautés « la débauche alimentaire » du phtisique. La plus curable, la phtisie l'était néanmoins sous cette réserve que les candidats à l'infection fussent précocement dépistés, chapitrés, leurs aînés en infortune bannis par contrecoup de l'hôpital où « ils ne pouvaient pas guérir ». A raison de quoi, suivant Grancher, les incurables iraient péricliter dans des hospices en la compagnie des malades mentaux ou des cancéreux, les curables jouir dans des stations sanitaires de campagne du souverain repos que les services d'isolement non plus que les services généraux ne pouvaient leur offrir. Lignes prophétiques puisque l'ambition de guérir ne se soutient effectivement que de cette partition si fort applaudie

dans le sein de l'Institut Pasteur, de la population tuberculeuse en deux lots.²⁸

Maigre, assez grand, « avec des yeux graves, un visage pensif, osseux et macéré d'ascète », une manière d'associé libre pour les port-royalistes de la rue Dutot, — « mon ministre des Affaires étrangères si jamais je suis président de la République », plaisantait Roux, — Grancher ne leur fut pas d'un petit secours. Inoculant non sans courage le 6 juillet 1885 le petit Joseph Meister contre la rage, ou fondant en 1887 avec son collègue Lannelongue des Enfants-malades le *Bulletin médical* pour concurrencer la *Semaine médicale* qui n'avait pas l'heur de plaire à ces Messieurs. Son service à la clinique des Enfants-malades (1885) est un modèle d'antisepsie, « chaque lit isolé par un paravent en toile métallique qu'aucun élève, aucune infirmière ne franchit sans avoir changé de blouse, sans s'être désinfecté les mains. On n'y fait jamais de poussière; on n'y balaie pas : tout s'y lave ». Inspirant peu de chaleur, toutefois. Apprenant un jour qu'il possédait dans son laboratoire deux fauteuils confortables, dont un à bascule, Pasteur rognonne qu'« il faudrait fermer la rue d'Ulm à des gens pouvant avoir des idées pareilles ». Roux lui-même ne l'aime guère : l'aisance princière du familier des Edmond Rostand, Poincaré, Lépine, Cheysson ou Leygues, l'écrasante fortune d'une figure du tout-Paris radical et lettré offusquaient des moines pauvres. Cependant, l'escarmouche de 1878 parût tourner court. Le rapporteur avec Léon-Henri Thoinot de la Commission spéciale nommée le 27 avril 1896 à l'initiative du Conseil municipal de Paris pour étudier sous la présidence de Brouardel « les mesures propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux », Grancher fut assez éloquent dans sa défense des pavillons d'isolement pour que

28. Parler dans le désert : lettre à son ami le Dr Janicot, vers 1903, Roussillat (1964), 44. Curable : Grancher, *GMP* (1878) in Roussillat (1964), 54. Tuberculine : Smith (1988), 57 pour la *Schadenfreude* médicale. Enquête BMA (1885) : Worboys (1992), 49. Jaccoud : *BAM*, 28/1/1896, in Mitchell (1991), 258. Air d'une salle d'hôpital : *GMP* (1878) Roussillat (1964), 54. Letulle : lors de la discussion ouverte à la SMP sur les sanatoriums après que le Dr Sersiron eut résumé sa thèse sur « Les phtisiques adultes et pauvres en France, en Suisse et en Allemagne », *BSMP*, 21 (1898), 196-200. Ne pas guérir : Grancher, *GMP* (1878) cité par Roussillat (1964), 54.

l'Assistance publique s'entr'ouvrît de 6 millions, le Conseil municipal de 10 autres (Bompart, l'on s'en souvient, parlait de 13 millions au total dans sa lettre à Waldeck-Rousseau). « Toutefois, s'insurge Letulle encore un coup, dominée par la crainte de créer des "léproseries modernes" [...] la commission décida d'améliorer et non de créer. » « Donc, aucun aménagement architectural en vue d'une maison de cure (sanatorium); aucune sélection possible, tant à l'entrée (admission) que dans le service (chambres séparées); voilà pour les conditions administratives à nous imposées par l'imprévoyance de l'autorité supérieure. » Aussi consciencieux qu'ombrageux, « le Grand Vicaire » était l'homme des unanimités. Ouvert aux idées, mais sensible aux répugnances de l'opinion. En cela, nous l'avons vu, le chef libéral d'une Académie rétrograde qu'il houspillait mais ne contrariait pas (*supra*, IX). L'impuissance naît peut-être de ce contraste entre une perception fort nette des urgences et le pouvoir très amorti des pastoriens sur un corps médical et des pouvoirs publics gouvernés par la terreur d'opter.²⁹

Un analgésique, justement, l'Œuvre Grancher sacrifie *l'action-ligne* à *l'action-point*, une politique de longue haleine à une action ponctuelle. Sinon la plus parfaite, du moins la plus frappante illustration de cet utilitarisme sacrificiel sous-jacent à la solidarité, périsse en effet l'imprudent qui se place comme une cible dans le champ de tir, l'attention se tourne à « cette partie encore saine de la famille » indigente qu'est l'enfance (de 3 à 10 ans). Car de s'affectionner pour l'énorme multitude, les abonnés de l'assommoir ou de la maison close, comme l'écrit le phtisiologue à son ami et rédacteur en chef du *Bulletin médical* le docteur Janicot en février 1903, il n'est plus possible. « Quand Pasteur a voulu combattre la maladie des vers à soie, il a laissé là les vers malades et a fait la sélection des graines encore saines. Que pensez-vous d'une œuvre qui s'occuperait de ces enfants de tuberculeux, enfants encore

²⁹. Ascète : de Fleury (1895), 37. Ministre : Roux, cité par Roussillat (1964), 61. Service des Enfants-Malades : de Fleury, cité par Roussillat (1964), 84-85. Fauteuils : Loir, cité par Dubos (1955), 62. Sur la commission hospitalière de 1896 : Honnorat (1916), 68-71; Piéry et Roshem (1931), 225-26. Letulle : *BSMP*, 21 (1898), 196-97. Vicaire : du nom que lui donnaient ses étudiants, selon Loir (1938), 147.

sains, et qui ferait pour eux ce que l'Assistance publique fait pour les enfants assistés et les placerait chez les cultivateurs en pleine vie des champs? » Une pincée de darwinisme social sur fond de retour à la terre, voilà l'Œuvre de préservation de l'enfance au 7 novembre 1903. Et de fait, combien de pupilles de l'Assistance placés chez des paysans? 22 000 "petits-Paris" qu'élevage et pâturage souvent requinquaient. Le précédent avait de quoi séduire un Creusois qui n'aimait rien tant qu'évoquer son grand-père tailleur de pierres, son père tailleur d'habits à Felletin. Et puis, songez-y : 400 francs par an et par enfant, contre 7 000 dans un sanatorium, la campagne l'emportait d'une grande hauteur sur les océans, les alpages. Emile Roux (qui prendrait pour un quart de siècle, de 1907 à 1932, la présidence à la mort du fondateur); Bourgeois, Cheysson et Léon Faisans à la vice-présidence (puis Calmette de 1922 à 1932); Janicot (puis Armand-Delille après 1906) au secrétariat général assisté du médecin-militaire retraité Granjux; Henri Sellier à la trésorerie; Monod, Robin, Budin, de Fleury, Marfan, Guinon et le député du XIV^e arrondissement de Paris, Adolphe Messimy (qui obtiendrait de l'Etat en 1906 une subvention de 50 000 francs) au conseil d'administration — l'initiative privée ne pouvait néanmoins qu'amuser les douleurs à moindres frais. Il était expédient, comme parle Léon Bernard en 1913, d'appliquer « à la graine humaine » le principe posé à propos de la sériciculture, — quelque délicate et douloureuse qu'en fût son application. Tant elle paraît cruelle, cette séparation absolue de la mère (condamnée) et de son bambin (adopté) — on cite des cas d'enlèvement d'office perpétrés dans l'entre-deux guerres sous l'égide l'Œuvre Grancher — que pratiquerait derechef le Placement Familial des Tout-Petits (nourrissons) lancé en 1921 par le même Léon Bernard apparié avec Robert Debré! Moins d'une centaine de petits Poulbots évacués des gouffres de l'espèce humaine en 1904, 2 300 en 1922, 4 287 en 1928, 6 250 en 1933 sur un total de 19 000 enfants placés à la campagne par les dispensaires en 1930, une efficacité toute relative du point de vue épidémiologique, le risque à long terme restant très élevé malgré le placement — l'Œuvre aura mérité de la patrie, nullement suspendu le massacre des innocents.³⁰

30. Partie encore saine, Pasteur et les vers à soie : lettre citée à Janicot de

6. Silence et abstention : le mensonge combiné

Rien par choc, tout par ondulations. Une population « plus émue qu'instruite sur la nature de la maladie » ignore l'alphabet sanitaire sur quoi repose la plus élémentaire prophylaxie : ne pas cracher par terre, balayer à sec, bouillir le lait. Mais de lever la consigne de silence... Sous l'inspiration de Verneuil, fondateur de l'Œuvre de la Tuberculose, se réunit à Paris en 1888 le premier Congrès pour l'Etude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux : en suite de quoi l'Académie pressée par Villemin se résout « non sans discussion » à « appeler l'attention des autorités compétentes sur les dangers que les tuberculeux font courir aux diverses collectivités dont elles ont la direction : lycées, casernes, grandes agglomérations et ateliers d'Etat... » Le tabou brisé pour la gent gouvernante, l'imposture néanmoins demeure épaisse en 1889 à l'endroit de la gent gouvernée. La propagande, nous l'avons dit, est entre les mains de pontifes prématurément chevrotants. Confessant d'un côté la vérité, ceux-ci se précautionnent de l'autre « contre le principe même d'une vulgarisation, en exprimant la crainte que la connaissance de la contagion ne jetât l'effroi dans la population ». Comme quoi l'effet devenu lui-même la cause, et la crainte (en-bas) le plus grand motif de la crainte (en-haut), le déguisement croît à proportion de l'hécatombe. Antoine Armaingaud, qui rapporte le fait, se dégageant seul des « timidités académiques ». Fâché que ces appréhensions sans fondement soi-disant *calomnient la population*, il l'accoutume à de petites rigueurs au contraire par ces

février 1903, Roussillat (1964), 85. Sur les 22 000 Enfants assistés : Grancher et Thoinot (1896), cité par Honnorat (1916), 70. Coûts respectifs du placement et du sanatorium : Smith (1988), 78. Conseil d'administration de l'Œuvre en 1904 : Armand-Delille, *L'Œuvre Grancher de 1903 à 1953*, plaquette précitée. Léon Bernard : *Rapport sur le dispensaire Léon Bourgeois* (1913), cité par Honnorat (1916), 75 note 1. Enlèvements : selon Marthe Hébert, *Aux prises avec la tuberculose* (Paris : Spes, 1932), 122, cité par Rogeaux (1992), 378. Faible efficacité épidémiologique : Lotte A., Résultats de la prophylaxie anti-tuberculeuse chez l'enfant par le placement à l'Œuvre Grancher, *Sem. des hôp.*, 1 (1950), 1-7, cité par Lert (1980), 110-12.

instructions éducatives que répandent à profusion sa Ligue girondine élargie en 1892 en une Ligue française contre la tuberculose. Avec cela, on n'éprouve pas un sentiment d'urgence véritablement fébrile. Non que l'alerte fût jouée plutôt que vécue : mais l'inquiétude (savante) étouffe les inquiétudes (populaires), si même elle ne ternit la vigilance (du politique). Chose curieuse, en effet, ceux qui savent se dérobent à l'édification du public et ne laissent pas néanmoins de lui faire une faiblesse honteuse d'être « loin de l'émotion qu'il ressentit naguère à la venue du phylloxera ». Curieux : car enfin ceux qui savent ne s'adressent qu'à ceux qui décident, lesquels ont beau jeu de puiser dans l'insouci commun de quoi se mettre à couvert de leurs admonitions. Le tout concourant à un malentendu consenti. « Où, quand, sous quelles formes, par le moyen de quels subsides — en dehors des initiatives privées — a-t-il été organisé scientifiquement, suivant un plan d'ensemble, quelque chose contre la tuberculose humaine? s'époumonne Landouzy en 1912. Et pourtant la tuberculose nous a coûté au bas mot cinq millions de vies humaines depuis 1867, depuis quarante-cinq ans, depuis le jour où, s'attaquant avec vigueur au phylloxera, on se mit de par la Loi à raser plus d'un million d'hectares de nos vignobles. » Certes! mais le reproche porterait davantage si la cité savante ne s'était rangée la première à ces « raisons de nature manifestement extra-médicale » que brocardent en 1896 les directeurs des bureaux d'hygiène du Havre, de Grenoble, Lyon et Saint-Etienne, pour enfouir un danger éminent. De ces mots qui soulèvent et font explosion, la phtisie est à la Belle Epoque ce qu'est le mistigri aux cartes : c'est une seule et même chose que « la conspiration médicale du silence », « le lourd et fatal sommeil de l'opinion » et « la longue défaillance des gouvernements ». En 1890, l'Académie veille à ne laisser connaître qu'un Parisien sur quatre serait infecté, rien ne transpire des conclusions de Villemin « encore trop alarmantes pour les masses ». Le mal est aussi soigneusement caché par ceux qui en connaissent que par ceux qui le subissent. En sorte que le débat séquestré, l'opinion assoupie et ses chefs mal excités, « la maladie qui

décimait le plus la nation n'était, pour ainsi dire, pas reconnue légalement.³¹ »

En vérité, le mensonge n'est que le paravent d'une réticence plus radicale. La volonté de taire débouche dans l'abstention. En 1903, le docteur et ancien séminariste Emile Combes — Combes l'intime ami d'un Grancher qui, tout moelleux et flexible qu'il parût, n'en était pas moins radical en politique, ferme dans son dreyfusisme, farouche dans son athéisme (enterré civilement) — Combes ressuscite la défunte Commission de 1899 en la forme d'une "Commission permanente contre la tuberculose". Ni copieuses ni brillantes, ses réalisations. Quoi de surprenant? Bienfaisant, désireux surtout de passer pour bienfaiteur, son président Léon Bourgeois moins que tout autre n'eût convenu d'une quelconque rationalité du sacrifice. Non qu'il ne susse à quoi s'en tenir. « Rien ne servirait de recueillir des tuberculeux à bout de forces et ce n'est pas en remplissant des salles pour en faire des antichambres de dépôt mortuaire, que l'Assistance publique accomplirait sa tâche. » Voilà qui sonne haut et clair. La suite n'en déçoit que davantage. Car de se carrer dans l'espérance d'« éloigner le malade en l'enlevant à son milieu », mais d'en confesser aussitôt « l'impossibilité », — de laisser à part ces matières épineuses mais de se faire un oreiller dans le programme « kilométrique » d'une "self-defence" « de l'individu sain contre les risques de maladie et de la société contre les risques de l'individu malade », — enfin de se couvrir du prétexte « que les cartes de mortalité par tuberculose et celles de la consommation de l'alcool sont presque superposables » pour la mieux enfouir dans l'inaccessible Himalaya des « maladies populaires »,

³¹. Emue, instruite : Sellier (1928), 15. Sur l'instruction de Villemin, votée non sans discussion en 1889 : Piéry et Roshem (1931), 224-25. Vulgarisation, timidités, calomnier la population : Armaingaud (1905), 27; sur Armaingaud, voir également vol. 2 : « la Machine Rockefeller ». Phylloxera, plan d'ensemble : Landouzy (1912), 27. Extra-médicale : Conseil municipal de Paris, *procès-verbaux*, 7/12/1896, cité par Mitchell (1988), 220. Conspiration : Vaillard (1920), 406, et Mitchell (1991), 253. Sommeil : Bourgeois (1913a), 6. Défaillance : J. Reinach, discours précité, *AAHS*, 26 (4-6/1912), 88. Alarmantes : selon les propres mots de Villemin, cités par Mitchell (1991), 256. Pas reconnue : Léon Bernard, *RPMS*, 6 (1925) 433.

alcoolisme, vérole et autres fleurs vénéneuses poussées sur les « habitudes malsaines » (à Lille, Calmette ne trouvera pourtant que 14% d'alcooliques parmi les tuberculeux dépistés par le dispensaire en 1901 et 1902), — c'est élever l'indécision jusqu'à la majesté. Il suffit d'écouter Strauss : « Je me rends très bien compte qu'en principe il faudrait isoler tous les tuberculeux; mais cependant on ne peut les rejeter hors de la société ». Combien de séances, pour lors, employées à mâchonner des vérités premières (le malade comme « victime du fait social »), à pointer un doigt accusateur sur « la maison tuberculisante », plutôt qu'à méditer les problèmes difficiles mais brûlants de l'obligation de se soigner dans ses rapports avec les droits individuels, à débattre d'insalubrité quand l'inconvénient était tout autre, de blesser la liberté sous couleur de « culpabilité physiologique » selon le mot d'*Erewhon*, le roman de Samuel Butler, qui n'est en somme que l'idée prophylactique portée jusqu'à son paradoxe. Nombreuses les nations à en appeler au bras séculier pour brider la licence du crachat. La politique transcendante sous nos heureux climats où chacun s'accorde pour estourbir ledit crachat mais où il n'est « presque aucun médecin » pour prescrire le crachoir, le fort et le fin eût été de guerroyer la tuberculose sans tomber dans la chasse aux tuberculeux. Cependant la Commission farcie des Ferdinand Buisson, Charles Brunot, Arthur Fontaine, Millerand, Fuster, Grimaneli, Mesureur ou Mabileau — cependant de doux Quakers n'ont d'oreilles que pour un Monod bramant après « des plaques indicatrices qui seraient apposées sur les maisons reconnues salubres ». Ou pour Siegfried lui remontrant le délicat de la chose : « il y a vingt ans, lorsque j'étais maire du Havre, chaque maison avait son casier sanitaire. [...] Les dossiers étaient à la disposition du public. Eh bien! après mon départ de la mairie, certains propriétaires ont tellement insisté pour que ces dossiers ne fussent plus communiqués que l'on a fini par leur céder ». (Même rengaine chez Brouardel sur le sujet de la statistique sanitaire des logements parisiens qu'on « n'a pas pu publier parce que les propriétaires des maisons où il meurt trop de monde auraient réclamé ».) Opter pour l'isolement tout en sauvegardant les droits de la personne, en faveur de l'obligation de se soigner mais sans irréalisme : là était le choix, cependant. Choix constamment éludé par de

cahotiques débats où ne se respire qu'une vanité d'action coupée de tout emprise sur la réalité.³²

Qu'on imagine alors, sur ces entrefaites, l'effet produit par le rapport élaboré le 19 mars 1904 dans la sous-commission des conditions de travail. A des années-lumière de ces vieilles lunes, Emile Roux suggérait « comme succédané de l'hospitalisation complète dans des sanatoria », l'organisation d'ateliers de tuberculeux valides « sur le modèle des ateliers de prisons ». Et de plaider devant le récri général le dossier défendu : « Qui faut-il sacrifier : un ouvrier malade ou plusieurs ouvriers sains qui seront contaminés? Voilà toute la question.³³ »

³². Tuberculeux à bout de forces : Bourgeois (1906), cité par Sellier (1928), 41. Eloigner le malade, impossible, risque mutuel : Bourgeois, Discours d'ouverture le 24/10/1903, *CPPT*, I (1903-1905), 6, 4. Kilométrique : d'un mot de l'époque, cité sans autre précision par P. Dubois (1985), 35. Cartes superposables : Brouardel (1901), 735. Habitudes malsaines : Rénon (1905), 4; Lille : Calmette, communication à la Conférence internationale de la Tuberculose de Berlin (octobre 1902), dactyl., 6-7 (AIP). P. Strauss : séance du 19/3/1904, *CPPT*, I, 139. Victime : Bourgeois, discours cité du 24/10/1903, 4. Maison : Brouardel (1901), 734. Culpabilité : Butler (1981), 134. Aucun médecin : Vallin, *BSMP*, 21 (1898), 202. Composition de la Commission permanente : *CPPT*, I, 1 sq. Siegfried et Monod : séance du 12/12/1903, *CPPT*, I, 44-45. Statistique sanitaire des maisons parisiennes : Brouardel (1903c), 19.

³³. Roux : séance du 19/3/1904, *CPPT*, I, 136, 138.

Le dispensaire Calmette

Ce conflit n'était pas irrémédiable. Une manière de plus petit commun dénominateur, l'espoir suprême et la suprême pensée de cette Alliance d'hygiène sociale que scelleraient au 15 juin 1904 la philanthropie unie à la science, le dispensaire « paraissait de nature à concilier tout le monde ». Appelé par Waldeck-Rousseau à siéger à la Commission de la tuberculose en 1900, Calmette — qui en fait la remarque — néanmoins « heurtait assez violemment les idées régnantes, toutes en faveur de la création d'un grand nombre de sanatoriums », dans son « rapport sur la lutte dans les milieux industriels et ouvriers » présenté à la Commission.¹

Cependant, quelque animé l'esprit public, on ne voit pas que l'opinion scientifique se fût longtemps obstinée. Séduits par "l'esquisse de l'esquisse", les hygiénistes s'enthousiasment vite, se découragent de même — un lustre à peine séparant l'échauffement de 1899 en faveur des sanas du « revirement » observé en 1903. Le système allemand avait certes gagné de jouer la partie, mais il n'avait pas gagné la partie elle-même! Nombre de médecins, parmi lesquels des élus, Dron, par exemple, le maire de Tourcoing, préconisent au lieu du sanatorium la lutte contre l'alcoolisme et la cure à domicile. Un questionnaire lancé par la *Revue moderne de médecine et de chirurgie* en avril 1904 fait ressortir une majorité écrasante de praticiens opposée au sana, trop cher et trop inefficace. Chaque fois qu'ils évaluent la proportion des guérisons définitives, ses partisans n'aboutissent qu'à

¹. Concilier : Calmette lors de l'inauguration du dispensaire Emile-Roux de Lille, *PM*, 25/12/1901. Appelé par Waldeck-Rousseau : Calmette au ministre de l'Intérieur, 15/7/1901, Institut, fonds Waldeck-Rousseau, ms 4609, chemise 7. Rapport : Calmette (1933), 3.

fortifier la perplexité : 67%, 37%, 15%, pareils flottements éteignent la confiance. « Tantôt M. Brouardel déclare que les "deux tiers des malades sortent après trois mois de séjour remis en pleine capacité professionnelle" (*Figaro*, 15 décembre 1902); tantôt il envisage les guérisons "dans le sens accepté par les compagnies d'assurances, c'est-à-dire rendant le malade apte à faire le tiers du travail effectué par un ouvrier absolument sain" (*Presse médicale*, 9 mai 1903). » Vrai, Monod ne voit en la cure qu'une planche pourrie. « Cela ne sert à rien », instruisent d'autres à la Chambre. Jusqu'à Grancher, laconique et secret, qui, depuis sa retraite de Malaga, s'ouvre à la fin d'un oracle des plus sybillins : « Je suis pour le sanatorium anglais et contre le sanatorium allemand [...] Le sanatorium, c'est bien mais le malade doit y rester longtemps ». Glissons sur la référence malheureuse à des établissements qui, pour refuser les cas avancés et ne disposer que de 400 lits en 1900, de 5 500 prétendus en 1911, empruntèrent le nom du bien public mais jamais n'accueillirent aux mêmes dates plus de 1 500 et 12 000 patients : soit 20% environ des 60 000 tuberculoses "jeunes" recensées dans le Royaume-Uni en 1911, à peine 4% (aucuns disent 2%) de l'ensemble des pulmonaires. Plus topique cette règle d'un séjour de trois ans en établissement de cure par quoi la phtisiologie française se flatte d'ébranler le crédit de l'allemande (*supra*, XIII, 4). Hélas, elle atteint la réforme à travers le réformateur, sur cette pointe d'erechef portée en 1921 par Léon Bourgeois que le délai de quelques mois en usage dans ces chartreuses serait insuffisant pour traiter les pensionnaires, parfaitement suffisant en retour pour leur donner « le goût de l'oisiveté² ».

2. Revirement d'opinion: Brouardel (1903c), 26, qui parle aussi de « découragement ». Dron : délibération du conseil général du Nord du 22/8/1901, citée par Rogeaux (1992), 272; questionnaire : *ibid.*, 237. Sur les statistiques de guérisons produites par Brouardel : Monod (1904a), 42 note; les taux restent à leur niveau inférieur dans l'entre-deux guerres : Dessertine et Faure (1988), 172. Ne sert à rien : Lachaud devant la sous-commission d'hygiène publique (tuberculose et sanatoria) le 12/2/1901, AN C 5660, dossier 1764. Grancher : lettre du 22/2/1903 à Janicot, citée par Roussillat (1964), 55. Sanatoriums anglais : Worboys (1992), 53, 59, 64-65; Smith (1988), 130; et Tomes (1989), 472. Oisiveté : Léon Bourgeois, cité par Roussillat, 55.

Et quoi d'étrange qu'on ne se fût jamais fortement attaché au projet bien qu'on en conçût la nécessité? Etabli pour ces personnes de qualité qui se plient sans réserve à « une discipline très spéciale », comme le rappellerait le docteur Guinard (un vieil ami de Calmette et le directeur du sanatorium populaire de Bligny, en Seine-et-Oise, puis du sanatorium de Montigny-en-Ostrevent, près de Douai, créé par Calmette en 1905), le sanatorium privé semble un parangon de sagesse : à l'endroit de l'ouvrier, par contre, de ce « prolétaire en redingote fatalement voué à la récidive quand, à la sortie du sanatorium, il reprend son travail », les bonnes volontés se rebutent à un instrument exclusif ou même prédominant à cause que « le sanatorium populaire est irrationnel et ne peut rendre aucun service ». Le dirons-nous? cette anémie de la conviction se fait sentir jusque dans les environs de la rue Dutot. Non que la doctrine mâle et chaste eût été mise en oubli qui, cernant le péril dans « le phtisique en liberté », opine à étouffer l'incendie au lieu de panser les brûlés. « Il faut avoir des asiles, serine Brouardel en 1904, pour recevoir les tuberculeux... » Mais cédant sur tout pour ne pas céder sur l'essentiel, la mouvance pastorienne manœuvre en repli : « ... qu'ils portent le nom de sanatorium ou d'hôpital, peu importe ». Sa création est « infiniment désirable », tambourine Calmette, « le sanatorium constitue le meilleur instrument de cure ». Simplement, « l'arme la plus efficace » se trouve être aussi « la plus coûteuse ». (En 1900, il estime à 30 millions l'investissement nécessaire pour créer les 60 sanatoriums indispensables à la prise en charge des 15 000 tuberculeux de Lille-Roubaix-Tourcoing.) Or nous n'avons pas de caisses d'assurances sociales, « nous ne pouvons rien demander non plus aux organisations ouvrières », leurs 17 000 sociétés de secours mutuels (3 millions de membres) étant « généralement très pauvres ». Cette fureur de dépenses au surplus paraît « hors de proportion » avec le gain escompté — 60 à 80 000 lits une excursion du raisonné au-delà du raisonnable. Cyniques et sentimentales, en effet, « ces institutions ne resteront accessibles qu'à une catégorie restreinte de malades [...] à ceux-là seulement dont la valeur économique représente un capital social au moins équivalent à la somme que coûtera leur guérison » : pour les non-valeurs sociales, les plus nombreuses, elles trouveront porte close. Concevez par là le besoin d'autres citadelles, des

hôpitaux urbains ou mieux suburbains, à défaut une surveillance à domicile, où les cracheurs « puissent achever les jours qui leur sont comptés³ ».

Qu'espérer du « sanatorium seul », en effet? « Le malade, il est vrai, est l'objet de soins excellents; sa famille est secourue mais non surveillée, la maison qu'il habitait reste un foyer d'infection où il se réinfectera à son retour. » Même tiédeur chez Duclaux qui ne le regarde que comme une pièce de sa politique : « il éternise le mal », parce que d'autres malades se préparent en dehors de lui et sèment avant d'entrer l'affliction derrière eux. « Le sanatorium borné à la thérapeutique laisse persister le mal qu'il combat, et condamne à la perpétuité de la lutte » (jusqu'à la fin des années 1920, 15 à 20% seulement des admis peuvent être considérés comme "guéris", la moitié comme guéris ou améliorés). D'où la nécessité du dispensaire, dont la création doit précéder, selon Calmette, celle du sanatorium.⁴

C'est là placer l'affaire sous un jour tout neuf. Un Vaillant, lui, se gouvernait sur « le système allemand de l'assurance ouvrière ». Premier moteur d'une sous-commission "Tuberculose et Sanatoria" constituée à la Chambre le 6 février 1901 dans l'ombre de la commission d'hygiène, l'ancien étudiant de Tübingen se faisait un rempart du « concours de l'Etat » face aux débordements d'une maladie « professionnelle » avant tout. Des libertaires à l'opposé, de ces personnalités ombrageuses qui s'ennuient « d'attendre

3. Guinard : Etat actuel des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires adultes, cité par Honnorat (1917), 123. Montigny : Rogeaux (1992), 279; sur cet établissement, dont René Martial fut le premier directeur, voir Rogeaux (1992), 268-93. Phtisique en liberté : Brouardel (1901), 740. Asiles : Brouardel (1904 b), 254. Désirable, meilleur instrument : Calmette (1903b), 4. Efficace, coûteuse, organisations ouvrières, pauvres : Calmette (1903a), 6,3; sur la situation de la mutualité au début du siècle, voir Biraben et Léonard in Dupâquier, III (1988), 317, tableau 36. 30 millions : Calmette, commission de la tuberculose, 21/3/1900, cité par Rogeaux (1992), 269. Hors de proportion : Calmette (1900), 340. 60 à 80 000 lits : Calmette (1933), 3. Catégorie restreinte, achever ses jours : Calmette (1903b), 4-5.

4. Sanatorium seul, famille non surveillée : Calmette (1900), 339. Eterniser le mal, perpétuité : Duclaux (1902), 138; et Dessertine et Faure (1988), 169. Précéder : Calmette cité par Rogeaux (1992), 269.

l'intervention paresseuse des pouvoirs publics », les premières têtes de l'Institut Pasteur ne jurent, eux, que par les vertus de l'exemple et de l'association. A peine s'ils reconnaissent la juridiction d'un « Etat endormi et dépensier ». Ainsi de Calmette conviant la mutualité à grouper ses sociétés par régions en sorte de constituer des *caisses d'assurances contre l'invalidité*, lesquelles grâce à des subventions publiques ou autres « édifieraient elles-mêmes » leurs établissements de cure. Des sanas, concède Duclaux dans la même veine autogestionnaire, mais « pas trop », « quelques-uns seulement », *demandés* et non *offerts*. De ce libéralisme avec des béquilles anarcho-syndicalistes, les gouvernants s'arrangent assez bien; Waldeck-Rousseau voit dans le dispensaire « un programme élastique et extensible », la lutte « ramenée[e] à son expression la plus simple » : en un mot, un « programme offert à la bienfaisance privée » car n'exigeant heureusement que des « ressources modestes ». Le conçoit-il à l'image des six établissements ouverts entre 1803 et 1818 à Paris par la Société philanthropique, qui, pour un coût modique, accueillant chacun 500 à 700 malades par an, avaient permis au département de réaliser de substantielles économies? Le dispensaire en tout cas amorce un complet tête-à-queue. « Ni assez riches ni assez socialement organisés pour essayer de guérir en sanatorium un grand nombre de nos tuberculeux curables, comme en Allemagne, ou pour réaliser les grandes réformes d'hygiène publique qui raréfient la tuberculose, comme en Angleterre », soutient le directeur de l'Institut Pasteur de Lille, il convient de nous en remettre principalement aux groupes ouvriers du soin d'entamer la prophylaxie par « l'immatriculation » des suspects, l'éducation et l'assistance à domicile. Ce qui pourrait s'entendre comme un renoncement : le dispensaire est l'économie du sanatorium. Mais « cette institution essentiellement populaire » ne prétend pas seulement à une place éminente dans l'arsenal antituberculeux. Au dire même de son inventeur, le dispensaire servira de levier au système amalgamant hiérarchiquement les différents équipements de lutte; il entend par conséquent « précéder » (trier) et « compléter » (surveiller les familles), non « remplacer », le sanatorium. Démocratique, nous voulons dire démiurgique, il braquera ses canons sur le seul tuberculisable. Car guérir, il ne le sait pas; à tout le moins lui sera-t-il loisible de méditer quelque chose comme une

seconde naissance de l'ouvrier phtisque, et de « refaire un individu nouveau dans l'ancien⁵ ».

1. *Le parti des prolétaires... poitrinaires*

L'époque exigeait son serviteur, une *figure-doctrine-événement*. Ce fut Albert Calmette (1863-1933), nous l'avons assez suggéré — le sectateur de « cette formule française de lutte antituberculeuse, la seule à laquelle nous puissions nous arrêter jusqu'au jour où nos lois sur la protection de la santé publique et nos organisations de prévoyance ou d'assurances ouvrières, auront enfin rendu possible chez nous la lutte contre la tuberculose à la fois par le sanatorium, par le logement ouvrier salubre et par le bifteak à bon marché ». On pourrait dire ce combat, justement, la *cause finale* du professeur Calmette. « Quelques notes sur ma vie et sur ma carrière pour mes fils et mes petits-enfants » (juillet 1932) lèvent là-dessus tous les doutes. Ouverture : « Bientôt après ma naissance ma mère tomba malade de tuberculose et mourut alors que je n'avais pas encore deux ans ». Final : « Cette dernière [la peste blanche] m'a absorbé sans interruption depuis l'année 1900 [...] C'est grâce à cette

5. Vaillant : sous-commission "Tuberculose et Sanatoria" le 12/2/1901, et commission d'hygiène publique le 21/2/1900. Intervention paresseuse : Calmette (1903a), 7. Etat endormi : Duclaux (1902), 179. Mutualité : Calmette (1903a), 6; Calmette est soutenu dans cette idée par Victor Dubron, président de la filiale du Nord de l'Alliance d'hygiène sociale, et par le préfet Vincent : Rogeaux (1992), 87. Quelques-uns, demandés : Duclaux (1902), 177-78. Waldeck-Rousseau et la bienfaisance : Notes manuscrites en marge de l'article de Calmette, copie dactyl. rebaptisée de la main de Calmette : les Dispensaires tuberculeux urbains et leur rôle dans la prophylaxie de la tuberculose [cité : Calmette, copie dactyl. (1901)], dont l'article de la *RH*, 23 (1901) est la version augmentée, joint à la lettre précitée de ce dernier du 15/7/1901. Dispensaires de la Société philanthropique : Goubert et Rey (1993), 51. Riches, Allemagne, Angleterre : Calmette (1903a), 6. Immatriculer : Calmette (1900), 337. Institution populaire : Calmette, *PM*, 25/12/1901. Précéder, compléter : Calmette, copie dactyl. (1901), 2, Institut, fonds Waldeck-Rousseau, ms 4609, chemise 7; non remplacer : Calmette (octobre 1902), 1. Individu nouveau : Duclaux (1902), 169.

continuité dans la pensée et dans l'effort que j'ai pu me rendre utile⁶ ».

L'événement, d'abord, le syndrome Jerphanion. L'opprobre jetée par les *Hommes de bonne volonté* sur l'esthétisme d'une charité passagère et vaine, le *morsus conscientiae* d'une bourgeoisie, pour citer Schumpeter, dont la bonne conscience était « en train de disparaître ». Et sans doute le remords social ne parvient-il pas chez les pastoriens à cette sorte d'orgasme qui précipite les nuits de Noël un Edouard Fuster, le secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale, en l'asile de la Cité Jeanne d'Arc, non plus qu'il ne dispose comme chez les Robert Debré, Daniel Halévy, André Spire ou Péguy à la *conversion* au socialisme. Ni oblation ni co-souffrance, la compassion est ici *humanitas*, la contrition distanciée. Mais grave et brûlant dans ses pudeurs altières, l'élan n'en est pas moins incoercible, vers le *cœur qui saigne de la Misère*. « C'est pendant mon séjour à Lille que le problème de la lutte scientifique et sociale contre la tuberculose devint pour moi une véritable obsession. » Une délégation du conseil d'hygiène et de la municipalité s'était transportée rue Dutot en novembre 1894, qui pria Pasteur de créer en la ville manufacturière une annexe de l'Institut (avec un centre antirabique, de production de sérum antidiphthérique et un bureau d'hygiène). Calmette retour de Saïgon depuis juillet 1893 où l'avaient dépêché ses Maîtres en décembre 1890 pour y fonder leur première filiale outre-mer — le premier laboratoire colonial de microbiologie, — parut tout désigné. Un médecin naval auréolé de ses lointaines campagnes en Chine (1883-85), au Gabon (1886-87) ou à Saint-Pierre-et-Miquelon (1888), doublé d'un médecin colonial après qu'il eut abandonné la marine pour entrer dans le cadre en formation du Corps de Santé des Colonies (1890) et se spécialiser dans les travaux de laboratoire, il plaît et attire. « C'est le temps où les coloniaux font prime », celui-là tout particulièrement qui dans sa corbeille de jeune épousée apporte « l'appui financier et publicitaire » du *Figaro* que dirige son frère Gaston (jusqu'au jour fatal, 16 mars 1914,

⁶. Figure-doctrine-événement : selon l'expression d'E. Faure (1977), 36. Formule française : Calmette (1903a), 18. Quelques notes : manuscrit inédit d'Albert Calmette, 7/1932, (MP).

où Mme Caillaux le revolvérise). Un million, pas moins, c'est ce que vient de procurer la souscription du « vaccin du croup » lancée par le grand journal mondain pour assurer la préparation du sérum de Roux (1894). Combinaison délicate d'homme d'affaires et d'homme de science, Calmette sur ces entrefaites se fixait près d'un quart de siècle dans la métropole lilloise (1895-1919).⁷

Sur son chemin, l'obstacle des urnes. Installé en janvier, l'austère intrigant obtient dès le 13 juillet du sénateur-maire Géry-Légrand la direction du bureau d'hygiène créé ce jour. Toutefois, des élections contraires l'amènent à se démettre au 18 mai suivant (lendemain des municipales) sans que la nouvelle majorité socialiste daignât le retenir. Petite avanie, au regard d'une croix autrement amère. « Cette prise de contact fut pour moi une révélation. » Sur les 400 000 habitants de la conurbation Lille-Roubaix-Tourcoing, dont 250 000 manouvriers, « 15 000 au moins sont tuberculeux à des degrés différents, il en meurt chaque année environ 2 000 »; à Lille seulement (220 000 habitants), 1 000 à 1 200 décès pour environ 6 000 tuberculeux indigents (chiffres exagérés, la tuberculose ayant fait en 1900 dans l'agglomération lilloise environ 750 victimes). Charité privée, bureau de bienfaisance, tout croule sous un Sinaï de douleurs — sous une maladie devenue, « avec l'alcoolisme, la cause principale de la misère du peuple ». A tous les étages du gouvernement, nonobstant, on rapporte, on palabre, on opine. « Je n'ai pas cru devoir attendre l'initiative des pouvoirs publics. » Son projet mûrit, il est mûr en 1898, « trois ans » néanmoins furent perdus à dégeler l'affaire. D'accord pour un dispensaire destiné aux classes populaires, la municipalité hésite, rendu timorée par l'hostilité du syndicat médical furieux de voir l'Institut Pasteur, créé au départ pour s'occuper d'analyses et de recherches

⁷. Jerphanion : voir les *Humbles*, XXV (*les Hommes de bonne volonté*), "Jerphanion saisi par l'idée de révolution". Schumpeter (1983), III, 22. Sur Fuster : Landry (1935), 3. Cœur qui saigne : d'une formule de Péguy. Séjour à Lille : Calmette cité par Bernard et Nègre (1939), 70. Délégation lilloise : lettre à ses parents du 14/11/1894 citée dans Bernard (1961), 107. Carrière : Bernard et Nègre (1939), 1-2. Coloniaux, appui financier : Lagrange (1954), 220-21. Calmette rejoindra en 1919 l'Institut Pasteur de Paris où il est appelé en tant que sous-directeur.

microbiologiques, se prolonger en un dispensaire ouvrier. Ainsi le « palais » édifié pour « abriter des laboratoires merveilleusement agencés » sera-t-il détourné dans le but non dissimulé d'« enlever les tuberculeux aux médecins »! « En annexant à l'Institut Pasteur un dispensaire antituberculeux, mande à Calmette un chirurgien des hôpitaux, vous laissez croire au public que vous avez découvert un remède contre la tuberculose, ce qui n'est pas. De ce fait, vous procurez aux médecins que vous avez choisis une auréole-réclame que nous ne pouvons admettre, car elle ne repose que sur une contrefaçon du mérite vrai. » Mais la duplicité du pastorien ne s'arrête pas là. Après avoir fait le tri entre les phtisiques, "Pasteur" naturellement abandonnera les plus malades aux médecins de ville, se réservant les plus vaillants, — et l'on « opposera [...] aux tuberculeux faméliques des pauvres praticiens les tuberculeux joufflus de l'Institut Pasteur »... Calmette, cependant, tient bon : lorsqu'il demande en juillet 1907 au premier ministre qu'une subvention lui soit accordée sur le pari mutuel, il n'omet pas de préciser qu'elle soit allouée à Pasteur-Lille pour le dispensaire "Emile-Roux".⁸

Par bonheur il a aussi le goût de la conciliation, et le talent. Chargé du cours de bactériologie et de thérapeutique expérimentale à la Faculté (1896), titulaire de la chaire d'hygiène et de bactériologie (1898), ses conférences à l'estime d'Emile Roux ne laissent pas de rendre « aux industriels et

8. Bureau d'hygiène lillois : Laroy (1911), 40, pour la date de création; et pour la démission, lettre de Calmette en date du 18/5/1896, suivie de l'accusé de réception du maire G. Delory le 19/5, MP, boîte "Calmette et autour de Calmette". 1894 : Rogeaux (1992), 2. Prise de contact : "Quelques notes". 15 000 tuberculeux : Calmette (1900), 336; Lille : Calmette, copie dactyl. (1901), 1; mortalité en 1900 : Rogeaux (1992), annexe 2.1.1 : la mortalité tuberculeuse décroît de 1899 à 1906 en même temps que la population générale, pour remonter ensuite alors que la population lilloise augmente (*ibid.*, 166). Cause principale : Calmette (1903a), 7. Attendre : Calmette (1901), 4. Trois ans : Calmette, *PM*, 25/12/1901. Attitude de la municipalité : délibération du conseil municipal du 29/3/1901 citée par Rogeaux (1992), 305-08. Syndicat médical, palais, abriter, enlever : Coppens (1901), 3, 10, 12. Auréole-réclame : lettre d'un chirurgien des hôpitaux en date du 19/4/1901, citée par Samaille (1984), 34. Faméliques/joufflus : Coppens (1901), 7. Subvention à Pasteur-Lille : Calmette à Waldeck-Rousseau, lettre précitée du 15/7/1901.

aux agriculteurs un signalé service, en leur enseignant comment ils peuvent rendre inoffensives les eaux de leurs peignages de laine, de leurs distilleries, de leurs sucreries, de leurs laiteries, et mettre ainsi fin aux légitimes réclamations soulevées autour d'eux ». Le chimérique professeur devant la Commission extraparlamentaire se pique tout à trac « d'organiser pratiquement la lutte contre la tuberculose dans la classe ouvrière »? ses obligés cassent leur tirelire. « Malgré les divergences de vues survenues entre une portion du corps médical lillois et le promoteur de l'œuvre », la souscription ouverte au mois de janvier 1901 avec l'appui bienveillant d'une partie de la presse locale recueillait en quelques semaines 46 000 francs, le conseil municipal revenu à de meilleurs sentiments en votait 30 000. De quoi « édifier [...] organiser sous ma responsabilité exclusive et diriger à mon gré l'œuvre dont j'avais conçu le plan⁹ ».

La doctrine, ensuite. Ernest Malvoz (1862-1938) en est l'autre personnage ordonnateur. « Grand, mince, bien découplé, la moustache en bataille au souvenir de Camille Guérin, le verbe haut, dur et incisif », sa présence fréquente à Lille « n'avait pas seulement pour but d'associer la Maison filiale à l'affectueuse sympathie, née en 1886 dans le laboratoire de Duclaux, pour la Maison-mère de Paris; mais bien plus d'y rencontrer son ami Calmette, au moment où ces deux âmes d'élite, éprises du même idéal d'altruisme, rêvaient d'un je ne sais quoi qui inaugurerait une prophylaxie efficace de la tuberculose envahissante ». « Sage et prudente pondération », d'un côté, « enthousiasme débordant et claironnant », de l'autre, se remémore Guérin à quarante ans de distance — « j'ai eu la faveur d'être le témoin de ces longs entretiens [...] de l'hiver 1898 où furent jetées, par ces deux hommes, les bases désormais immuables de la prophylaxie antituberculeuse mondiale ». Au Belge la conception, au

⁹. Service aux industriels et aux agriculteurs : Roux, Rapport sur la candidature d'A.C. à l'Académie des sciences, 7/11/1927, cité par Bernard et Nègre (1939), 69. Organiser pratiquement : Calmette (1900), 337. Divergences : Calmette (1903a), 41. Edifier : Calmette (1901), 5. A noter que la souscription en faveur du dispensaire vient court-circuiter une souscription lancée par la Ligue du Nord contre la tuberculose pour la construction d'un sanatorium de 100 lits, d'où l'ire des médecins et de quelques philanthropes : Coppens (1901), 5-6, et Rogeaux (1992), 269-70.

Français l'infusion d'une « âme » dans cette architecture sans flèche et sans pointes, le moniteur d'hygiène, « précurseur de notre infirmière-visiteuse ». Le tout, comme le noterait Küss en 1905, « discuté, remanié et transformé par une collaboration incessante¹⁰ ».

Encore ce tête-à-tête est-il trompeur. Derrière le rideau se tient ce troisième homme qu'évoque le Wallon en 1932, « notre grand ami Emile Roux [qui] voici sept lustres nous a jetés dans les bras l'un de l'autre ». "Monsieur Roux" un temps conquis par « les Universités populaires », libre-penseur, dreyfusard, antimilitariste autant que patriote, et pauvre toute sa vie. « Je ne l'ai vu se jeter dans la mêlée qu'une fois, en 1898, pour ce qu'il estimait être la cause de la justice », évoquera son nécrologue. Vrai, sa correspondance avec Metchnikoff résonne de la passion rageuse d'un misanthrope sentimental qui « croit en des substances », Justice et Vérité, tout en feignant de s'apitoyer sur la « bêtise » des candidats du parti ouvrier. Son ambassadeur extraordinaire, d'opinions moins avancées, soucieux d'une « entente entre le capital et le travail, pour citer sa préface à *l'Ouvrier* de René Martial (1909), basée sur le respect et la protection de la vie humaine », n'en fait pas moins figure de ces moutons enragés que révolte assez l'iniquité pour n'être point suspects parfois (l'élève préféré de Grancher, Faisans s'en fait l'écho à la Commission permanente en 1908) « de tendre à l'extinction du paupérisme plutôt qu'à celui de la tuberculose¹¹ ». Leur politique ne compte-t-elle pas, il est

10. Grand, mince, pondération, longs entretiens : Guérin (1938), 327. Ame, discuté, remanié : Küss, *Médecine sociale. La lutte contre la tuberculose, le dispensaire de prophylaxie de Liège*, *Bull. méd.*, 10/5/1905, cité par Honorat (1916), 215-16. Précurseur de l'infirmière-visiteuse : Guérin (1938), 327.

11. Grand ami : Malvoz à Calmette le 28/11/1932, MP. Monsieur Roux : « Plusieurs d'entre nous, dans les Universités populaires... », rappelle Roux dans la discussion du rapport de Bezançon concernant la déclaration obligatoire de la tuberculose, *BAM*, 81 (1919), 565. Dreyfusard : Mesnil (1933); et Lagrange (1954), 18, 20, 153, 235; voir aussi correspondance de Roux avec Metchnikoff, 24/9/1898, 7/9 et 12/9/1899 (AIP). Substances : Barrès, *Cahiers II*, 29/10/1899, cité par Guillemin (1966), 231; justice et vérité : Roux à Metchnikoff, 12/9/1899 et 24/9/1898; parti ouvrier : *ibid.*, 29/7/1895. Entente : Calmette dans sa préface à Martial (1909), 2. Sur « l'injuste » reproche adressé à Calmette, de tendre à l'extinction du

vrai, à la manière de nombreux socialistes partisans des coopératives, sur le développement spontané au sein de la société de forces favorables à l'hygiène et à la santé publique, notamment la mutualité dont l'action est en principe indépendante de celle de l'Etat? (Notez un autre point de contact entre le socialisme coopérateur et l'hygiène pastoriennne, tous deux amorces d'une société « à deux vitesses » : ne vendant pas à crédit, les coopératives de consommation instaurent un partage entre ouvriers prévoyants et travailleurs plus pauvres, « ceux qui vivent au jour le jour », de même que l'utilitarisme sacrificiel des pastoriens cherchant à sauver d'abord le prolétaire socialement rentable.) Non les contraintes réglementaires, mais bien l'initiative des associations, voilà à leurs yeux la machine qui mettra en branle l'organisation préventive puis entretiendra son ressort. Malheureusement, cette machine est sujette à des pannes, manque de ressources ou de discipline, qui obligent alors à en appeler aux autorités. Evidemment, c'était faire entrer la politique sanitaire dans les transactions et des accommodements. Mais le mépris des politiciens ne va pas jusqu'à récuser volontairement l'aide parfois indispensable du pouvoir; et s'il est d'un pastorien de tenir l'Etat pour « le rebut de toutes les carrières honorables », si la politique l'ennuie « d'autant plus que les mots n'ont jamais servi à rien », il n'aime rien sous un masque de philosophie comme d'avoir part au gouvernement. Les diverses commissions où siégera Roux — au Conseil supérieur d'hygiène, par exemple, qu'il présidera à partir de 1907 presque jusqu'à sa mort — ces commissions lui étaient-elles de « véritables distractions »? Peut-être. Son tour d'esprit, en tout cas, dur, sombre, n'était pas ennemi de l'autorité. « Après la défense de la patrie, le premier devoir d'un gouvernement est la protection de la santé publique. » Ainsi parle le Roux de l'hagiographie. Sans doute dans les débuts de l'Institut Pasteur, l'entend-on « tonner, dans une langue inoubliable, contre l'Etat centralisateur, contre la Faculté, contre les hautes sociétés scientifiques ». Sûrement, comme si la situation était plus forte que les hommes, une certaine veine secrète, sinon de rébellion, au moins

paupérisme : Faisans, Les dispensaires antituberculeux, séance du 27/6/1908, CPPT, III (1908-1910), 39.

d'indépendance à l'égard des pouvoirs publics (gouvernement ou municipalité), n'aura cessé de courir et de se gonfler. Mais que viennent vingt ans plus tard les travaux préparatoires à la refonte de la loi de 1902, et nous verrons le même Roux s'enflammer pour l'étatisation des services d'hygiène afin de faire pièce à l'anarchie des pouvoirs locaux.¹²

D'ailleurs, l'action politique chez lui n'est qu'un spasme. Et quelle souffrance, hors le laboratoire! « *Le Figaro* a eu l'idée d'ouvrir une souscription pour aider à la préparation du sérum, écrit Roux à Metchnikoff en septembre 1894, il y [en] a 33 000 de souscrits en 3 jours et cela paraît devoir continuer. Je suis bien embêté de tout cela, mais qu'y faire? » Et encore au même, une semaine plus tard : « Dieu! quel ennui que ce bruit que font les journaux avec la diphtérie [...] je suis heureux ici loin de la persécution ». Elle est criante de vérité, et confirmée par de nombreux témoignages, cette image qu'a laissée de lui Georges Duhamel. « L'austérité, la maigreur ascétique de cette figure! Il n'a pas encore soixante ans, je pense. Il porte les cheveux ras, arrondis sur le front, une barbiche semblable à celle des huguenots du XVI^e siècle; on l'imaginerait sans peine avec une fraise au col. Il n'a pas de fraise, mais un épais cache-nez de pion. Ses vêtements sont noirs et plus que modestes. Il porte de gros souliers, des croquenots de vicaire. » Tour à tour brusque et bon, — Roux passe tous les jours à l'hôpital Pasteur où il s'occupe surtout des diphtériques et « est très gentil avec les malades », — son mépris pour l'argent n'est qu'un rejeton de celui qu'il a pour les politiciens (sur ce point semblable à Péguy). Très significatif, par exemple, ce désintéressement qui par deux fois alla quasi à l'excès. En 1894 quand, pressé d'accepter les 200 000 francs votés par la Chambre unanime pour subvenir aux besoins du nouveau service de sérothérapie de l'Institut, il jugea la somme de 100 000 francs suffisante pour l'organisation du traitement de la diphtérie, et obtint la

12. Socialisme coopérateur : E. Halévy (1948), 218; partage : *ibid.*, 226. Rebut : G. Duhamel (1974), 89; les mots : Roux à Metchnikoff, Ceyzerieu, 16 août [18]99 (AIP). Distractions : Lagrange (1954), 194-95. Défense de la patrie, etc. : Dujarric de la Rivière (1939), 380. Tonner : Dr Trolard (1910), 14. Sur la refonte de la loi de 1902, voir vol. 2, « De riantes spéculations... ».

réduction du crédit proposé de moitié. Et derechef dans les lendemains d'un conflit qui vit l'Institut prodiguer du vaccin antityphoïdique à toutes les armées alliées : « M. Roux, se félicite et s'intrigue le député-rapporteur de la Commission des comptes définitifs et des économies, séance du 31 janvier 1929, par un scrupule qui lui fait honneur a reversé à l'Etat la totalité des bénéfices réalisés sur les fournitures faites par l'Institut pendant la guerre ». Roux ne fléchit sur rien d'accessoire; la science, la doctrine, l'Institut, il y va tout droit, il s'y concentre; à droite et à gauche, rien. Non que l'orphelin valétudinaire, l'habitant des chambres noires et des *in pace* eût donné à toutes ses ouailles la même livrée sombre qu'il étendit sur sa vie. Son éternel Scapin, « plus souple, plus déférent », Calmette qui, à partir de 1919, partage la direction de l'Institut avec Roux, le séduit par ses manières prudentes et patelines d'« administrateur-né » : vertu attractive des contraires jusque dans l'habileté fameuse à tirer toutes subventions, au point que le directeur de l'Institut Pasteur de Lille fera lever en 1912 quelque soupçon (jamais confirmé) d'irrégularités dans l'usage des fonds à lui consentis par la Caisse des recherches scientifiques pour ses travaux sur l'épuration des eaux. Malvoz dans ce triangle d'influence incarnant la veine organisatrice du socialisme belge, si volontiers caustique à l'endroit du nôtre. « Vos Blum sont surtout des verbeux, mande en 1926 le titulaire de la chaire d'hygiène et de bactériologie de l'Université de Liège à son homologue lillois, alors que nos Onseele, nos Wouters sont des hommes d'œuvres. Et voilà pourquoi j'ai quelque confiance en eux. » « Calotins », « curés ligueurs fanatiques », « rouerie germanique », « fascistes » italiens et « cochons de Berlin » — sa correspondance d'après-guerre garde cette belle vivacité qui l'animait à la Belle Epoque contre les « farceurs », médecins et pseudo-savants tout dégoûtants d'amour exclusif pour l'argent. Manquent les réponses de son partenaire; nous sommes bien assurés néanmoins qu'une tête assez démontée pour réclamer l'établissement d'un « impôt spécial » sur le revenu dont le produit fût allé aux dispensaires, entrait dans ces vues.¹³

13. Diphtérie : Roux à Metchnikoff, 23/9 et 30/9/1894; voir aussi *ibid.*, 15/9/1894 (AIP). Portrait de Roux : Duhamel (1974), 87; voir aussi Maillard à Wolman (sous-directeur de l'Institut Pasteur), 26/11/1983, et

Aucun parmi « les poilus de la première campagne contre la tuberculose » qui n'eût souscrit à la communication présentée par le directeur de l'Institut bactériologique de Liège au X^e Congrès international d'hygiène et de démographie à Paris en 1900. « Jusqu'en ces tout derniers temps, l'ouvrier phtisique a été privé des soins donnés aux riches. » Il était trop naturel que « notre programme », comme il l'énonce sans fard, dût être « celui de toutes les revendications des travailleurs », habitations salubres, réglementation du travail, « salaire permettant l'alimentation convenable de la famille », surveillance des ateliers et autres doléances de longue main portées sur la place publique par le Parti ouvrier belge. Trop naturel, aussi bien, que le dispensaire relevât de cette *contre-société* naissante qu'édifiait le prolétariat au travers de ses sociétés de secours, syndicats et coopératives en tous genres. Ce n'était pas là remuer les passions partisans, l'idée leur en eût paru barbare, mais parachever l'ouvrage fort pragmatique de Pasteur. Calmette s'en ouvrirait nûment à l'Académie de médecine pour le centième anniversaire de la naissance du médecin du monde, *l'hygiène sociale* « dérivée de l'œuvre de Pasteur » n'est rien d'autre que « la base même de la *politique* ». (Comme quoi solidaristes et pastoriens travaillent bien sur ce fonds commun, d'une « médecine appliquée aux sociétés ». Simplement, les premiers s'abandonnent à "l'homme d'Etat médecin" du soin de lutter contre la silicose du peuple, quand il pousse aux seconds l'illusion de retourner la formule durkheimienne, et de charger la gent médicale de cette gueuse de fonte, la défense de la Vie collective.) Ces grands espoirs crevaient comme

Maillard (Bruxelles), 28/1/1974, Mes souvenirs sur le Dr Emile Roux; également A.-M. Staub, E. Roux in la Lettre du Centenaire, Institut Pasteur, n° 3 (1986), 6 (MIP). Très gentil : Sœur Laure in Knibiehler (1984), 17. Chambre, 1894 : Lagrange (1954), 153. Vaccin antityphoïdique : Commission des comptes définitifs et des économies, XIV^e législature, séance du 31/1/1929. Sur Roux et l'argent, autre anecdote in Régaud, *Emile Roux*, 13. Sur Calmette : Lagrange (1954), 203, 222, 230. Partage de la direction : Lagrange (1954), 234. Caisse des recherches : Paul (1985), 297. Blum, Onseele, Wouters : Malvoz à Calmette le 27/7/1926, MP. Calotins et autres épigrammes de Malvoz : lettres à Calmette du 2/3/1923, 15/3/1925, 7/9/1928, MP; et 12/7/1902, AIP, dossier Léon Bonnet, BCG 8. Impôt spécial : Calmette (1900), 339.

bulle. Trait significatif, hormis Roux qui n'entre au laboratoire qu'en 1878, aucun des collaborateurs de Pasteur n'est médecin, « tous sont des physiciens ou des chimistes ». Une place dorénavant tenue à Lille comme à Liège par l'assistant ouvrier. Quoi de surprenant? Aimable au médecin "social", le dispensaire ne l'est pas à la médecine, ses injections, ses « produits aussi inefficaces que variés dont l'action est presque toujours nuisible ». Vrai, la corporation selon Calmette eût dû « s'abstenir de toute intervention thérapeutique, aucune médication ne pouvant être réellement utile ». Inhibition des ordonnances, promotion d'une « sorte d'enquête permanente sur l'hygiène ouvrière », la ciguë était amère. A contre-génie de l'espèce, le médecin de bureau de bienfaisance aurait des promptitudes de moineau pour « visiter les assistés valides de sa circonscription », conseiller les mères ou assainir les logements trop malsains. De même pour les sociétés de secours mutuels, dans le giron desquelles « les intérêts matériels et moraux » du praticien salarié deviendraient si bien solidaires de ceux des mutuellistes qu'il purgerait la sanie des taudis, des ateliers, et « éviterait les prescriptions inutiles ». Las! on conviait le médecin traitant au rôle tout bizarre « d'éducateur » (Calmette) et de « Socialhygieniker » (Malvoz), on en était pour sa courte honte. On protestait que la fonction du préventorium ne fût point de « soigner *médicalement* les malades pauvres », partout pullulaient de ces officines que peint Malvoz en 1902 — « des dispensaires (ce que cette étiquette va couvrir de marchandises bizarres!) où l'on traite par la *toxine des sanatoria belges et hollandais!* C'est le nom donné à la vulgaire tuberculine de Koch. Il y a un dispensaire de ce type à Liège et on a trouvé un médecin pour le diriger! De temps en temps, un malheureux vient s'y laisser refaire d'une pièce de cent sous!¹⁴ »

14. Poilus : Malvoz à Calmette le 7/9/1928, MP. Ouvrier privé des soins, programme, revendications : Malvoz (1900), 711, 719. L'hygiène sociale comme base de la politique : Calmette (1922), 692. Laboratoire de Pasteur, aucun médecin mais des physiciens et chimistes : Lagrange (1954), 33. Produits inefficaces, s'abstenir : Calmette (1903a), 13, 12. Enquête permanente : Malvoz (1900), 717. Visiter, intérêts matériels, prescriptions inutiles, éducateur : Calmette (1903a), 12, 5-6. Socialhygieniker : d'une formule de Hueppe, reprise par Malvoz (1900), 721. Soigner

2. Léon Bonnet, ou la petite sueur des pauvres

Il s'en était fallu d'un rien, précisément, que Calmette à cette date ne croisât le fer avec le docteur Léon Bonnet — un incident tragi-comique qui en dit long sur cette « explosion de charlatanisme sous toutes ses formes, et surtout sous sa forme philanthropique » que fustigeait le directeur de l'Institut belge dans la lettre précitée. « Vrai, si peu naïfs que nous puissions être, écumait le démon, nous n'aurions jamais pensé, il y a deux ans, qu'il arriverait un jour où l'un de nous recevrait des témoins à propos de dispensaires! » Mais il faut, pour la clarté du récit, prendre les choses d'un peu haut. Emanation du Conseil provincial, la députation permanente de Liège s'était dotée, la première en Belgique, d'un laboratoire bactériologique lors de la découverte en 1894 du sérum antidiphthérique. Son directeur se consacrait en 1898 à l'examen des expectorations, il désinfectait les locaux contaminés et, « transportant son enthousiasme de canton en canton, de commune en commune », enclenchait du côté des associations mutuellistes un mouvement d'opinion bientôt ratifié par le vote à l'assemblée provinciale de 700 000 francs pour le premier sanatorium populaire belge (ouvert à Borgoumont en 1903). Corrélativement, et grâce au concours d'un généreux mécène, le comte de Montefiore, « le conseiller scientifique de la province » parvenait dès juillet 1900 à ouvrir un premier dispensaire dans les locaux de son laboratoire (quelques mois après, d'autres institutions semblables se montaient à Verviers, à Huy, à Mons). En France, nous l'avons dit, Calmette avec le parrainage de Roux venait à bout de ses desseins en février 1901. Cette initiative, comme le clamerait un an et demi plus tard le comité de direction de la Ligue du Nord contre la tuberculose dans un projet de résolution déposé par tous les députés du département sur le bureau de la Chambre, était « la première de ce genre ». « Sur ma proposition, appuyée par les professeurs Brouardel, Landouzy et Letulle, s'enorgueillissait l'inspirateur de cette même Ligue du Nord, le Congrès

médicalement : Calmette (1909), 1. Officines : lettre citée de Malvoz à Calmette le 12/7/1902.

international de la Tuberculose réuni à Londres en 1901 avait appelé l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité urgente de créer tout d'abord dans les villes, des dispensaires antituberculeux [...] Le dispensaire Emile-Roux que j'avais créé à Lille paraissait réaliser une sorte de type des établissements de ce genre. » Qu'allait-il chanter là! « Le premier en France, n'avait pas laissé d'instruire le bon Bonnet dans la même enceinte londonienne, j'ouvris au mois de janvier 1900, rue Saint-Lazare à Paris, sous le nom de dispensaire antituberculeux, une clinique gratuite pour les travailleurs du quartier. » Et de prendre la tête d'une cabale qui criait à la cabale, crainte que son Œuvre parisienne ne perdît dans la circonstance l'exclusif bénéfique de la loterie instituée par la Chambre, « 3 millions de francs¹⁵ ».

Un M. Boursouflé, le président-fondateur de l'Œuvre générale des Dispensaires antituberculeux ne pouvait s'arracher à la vue des soleils de la science, de la politique ou de l'administration. Brouardel, Landouzy, Chantemesse, Grancher, Letulle, Calmette et Roux; et puis Bourgeois, Dupuy, Siegfried, de Selves, Roussel, Buisson, Monod, Lépine, Dausset, Messimy, Navarre, Rendu, Sembat et Vaillant trônaient au comité de patronage. A telle enseigne que, paré des plumes d'un Waldeck-Rousseau qui n'avait pas marchandé le 19 janvier 1902 à présider la réunion de l'Œuvre à la mairie de Montmartre, l'ambitieux subalterne se couvrait de l'appui officiel de l'Intérieur pour faire ouvertement de la "retape" auprès des maires de grandes villes. Prétendûment missionné par l'Intérieur pour organiser et généraliser les dispensaires, il proposait à celui du Havre, par exemple, l'octroi d'une subvention pour prix

15. Sur le duel avorté : coupures de presse tirées de la *Dépêche* et de l'*Echo de Lille* des 9 et 10/7/1902, correspondance et billets adressés à Calmette par Roux, Letulle et Brouardel, AIP, dossier Léon Bonnet, BCG 8. Charlatanisme, naïfs : Malvoz à Calmette le 12/7/1902. Institut bactériologique de Liège : Malvoz (1900), 714-15. Enthousiasme, conseiller : Guérin (1938), 328. Première de ce genre : projet de résolution distribué à la Chambre, mentionné dans la *Dépêche* et l'*Echo de Lille*. Sur sa proposition : Calmette (1909), 1. Le premier en France : Bonnet, Sur le fonctionnement en France des dispensaires antituberculeux, Communication au Congrès de Londres le 26/7/1901, MP, Inv. 28162. Loterie de 3 millions : selon le docteur Frottier dans une lettre à Calmette du 28/11/1902, AIP, dossier Bonnet.

de la fondation d'un tel établissement sous ses auspices. Coïncidence, la Ligue havraise contre la tuberculose avait saisi trois semaines auparavant la municipalité d'une demande d'aide en vue de la création d'un dispensaire « sur le type du préventorium Emile-Roux de Lille ». Commentaire du docteur Frottier, qui s'ouvre à Calmette de sa perplexité : « C'est regrettable à dire, mais l'*invidia medicum* n'est pas monopolisée à Lille et on nous a déjà promis [à nous, Ligue havraise] de nous mettre des bâtons dans les roues ». Et puis, assez sur ces « questions de personnes » et de susceptibilités, le tableau n'en est que trop saturé. « Emballément » et « matamorisme » mêlés, « la petite comédie » s'achevait sur le retrait de Brouardel, président d'honneur de l'Œuvre, suivi de Letulle, Calmette et Roux, les mêmes se liguant pour « disloquer la Fédération [des Œuvres antituberculeuses, un chirurgien de l'Œuvre des dispensaires apparu au 16 mars 1902 sous le haut patronage des présidents de la République, du Sénat, de la Chambre et du Conseil des ministres] et la reconstituer sur de nouvelles bases¹⁶ ».

Ce retour du bon sens n'avait pas été sans se faire attendre un peu. Comme un loup dans une basse-cour, Calmette élevait dispensaire contre dispensaire. Et que n'affublait-on pas de ce nom ! A Nantes, à Marseille, Autun, Lyon, Dijon, Poitiers et Limoges fleurissent sous la main des groupements charitables les « boutiques de conseils antituberculeux délivrés gratuitement ». De même à Paris où l'œuvre des Tuberculeux adultes (1894) administrée par Léonie Chaptal, la sœur du curé de Plaisance — celle de la comtesse de Beaurepaire, à Belleville (1895) — celle encore de la Tuberculose humaine (1898) qui sous l'autorité du docteur Samuel Bernheim déploie « une activité quelque peu fébrile » — se répandent dans les quartiers populeux en consultations gratuites, médications, consolations. Avec ce

16. Comité de patronage, et présidence de la réunion de l'Œuvre par Waldeck-Rousseau : *les Découvertes modernes*, V, 11/1902, MP, Inv. 28166. Sur l'affaire du Havre : Frottier à Calmette, lettre précitée du 28/11/1902. Questions de personnes : Faisans devant la Commission permanente le 27/6/1908, CPPT, III, 55. Emballément, matamorisme, comédie : Roux à Calmette le 9 et le 10/7/1902, AIP, dossier Bonnet. Disloquer : Letulle à Calmette le 13/11/1902, AIP, même dossier.

succès mitigé que rencontre auprès des miséreux le « prosélytisme politique ou religieux », les grands dévouements, petits intérêts dont sont souvent noircis à l'estime de Calmette « le bourgeois en redingote ou la femme du monde, comme les prêtres et les pasteurs ». Autrement enjôleur, le "Dispensaire antituberculeux de Montmartre pour la préservation et la guérison de la tuberculose pulmonaire" : l'archétype de ces « polycliniques à réclame tapageuse » qu'abomine le pastorien, « il prétend guérir » en effet. Si vive « l'affluence », 28 rue Saint-Lazare, que le docteur Bonnet, « débordé », s'était transporté fin 1900 au 115 rue Marcadet où il « ouvrait toutes grandes ses portes au flot des tuberculeux de Montmartre et d'alentour ». Le jour de notre visite, conte son confrère Gustave Levrat en novembre et décembre 1901 dans le *Lyon médical*, il en est venu 70, dont une quinzaine a fait l'objet d'un examen. Une bousculade préméditée, « facilement obtenue par le moment des consultations, choisi en dehors des horaires de travail de 8 à 10 heures du soir, par la curiosité des rayons X dont on se sert pour certains diagnostics, par l'attrait des inhalations d'ozone qui déguisent de simples exercices de gymnastique respiratoire, par la fourniture de quelques médicaments [...] et enfin par la distribution de viande de cheval et de suc musculaire ». Qu'importe au demeurant que le médecin consultant ne les vît pas chaque fois! « Le docteur Bonnet tient beaucoup à ces stations régulières », au point d'exiger de ses clients qu'ils « s'y présentent tous les deux jours ». Autant d'heures dérobées « au cabaret » que celles où, tantôt attablés devant leur platée de viande crue (de 500g à 1kg), et tantôt dégustant leur suc musculaire préparé « d'après la méthode du professeur Richet », ils tiennent salon et, « dans ce cercle de tuberculeux, s'encouragent et s'entraînent réciproquement à suivre leurs prescriptions ». 1 200 ouvriers ainsi ameutés en tout anonymat (« les malades sont désignés simplement par un numéro d'ordre ») depuis l'inauguration officielle au 31 mai 1901 par le doyen Brouardel (soit plus de 2 000 sur une base annuelle), 8 000 examens subis et 12 000 kilogrammes de viande engloutis ne suffisaient d'ailleurs pas à la gloire de l'inventeur qui, de dépit, usinait comme suit devant le congrès londonien la tâche annuelle d'un dispensaire de quartier : « 1°) examiner 4 000 à 5 000 personnes et leur donner l'éducation antituberculeuse; 2°) fournir des médicaments, soins et traitements à 400 ou 500 malades, par

séries de 100 ou 125 venant au dispensaire chaque jour pendant trois mois; 3°) assister complètement 120 indigents ou travailleurs [...] par séries de 30 pendant deux ou trois mois ». Ce grand tintamarre au prix de trente malheureux mille francs (dont les trois quarts destinés exclusivement à l'assistance, surtout alimentaire). Est-ce tout? non pas, car les politiques charmés autorisaient l'Œuvre à émettre une tombola de 100 000 francs. D'une telle manière qu'elle pouvait ne se point contenter de son essai de la rue Marcadet et ouvrir successivement neuf autres officines dans les bas-fonds parisiens. « La plupart disparurent presque aussitôt nées », l'événement venant montrer qu'en « matière de dispensaires comme de représentations théâtrales, il n'est pas toujours possible de tenir intégralement les promesses de l'affiche.¹⁷ »

3. Le dispensaire antituberculeux de Lille

Deux petits corps de bâtiments contigus d'assez modeste apparence et comprenant, l'un, des salles d'attente et de consultation, l'autre une blanchisserie, font tout le "Dispensaire Emile-Roux de prophylaxie de la tuberculose". Jamais plus de 6 à 8 consultants par jour, des personnes dénuées de ressources admises sur rendez-vous « tous les jours de la semaine de 4 à 6 heures du soir, et les dimanches de 9 à 11 le matin [...] pour éviter tout encombrement de la consultation ». Enrhumés négligents ou vrais pulmonaires, les tousseurs invétérés se présentent spontanément. « Loin de redouter d'y être admis, ils affluent en si grand nombre

17. Boutiques : une « heureuse définition » que reprend à son compte l'Œuvre générale des dispensaires, *les Découvertes modernes*, 11/1902. Sur la préhistoire des dispensaires en France: Calmette (1903a), 8-9; id., Berlin (1902) : les Œuvres françaises d'assistance à domicile des tuberculeux adultes. Activité fébrile : Faisans devant la Commission permanente le 27/6/1908, CPPT, III, 40. Prosélytisme, bourgeois : Calmette (1903a), 15. Réclame : Calmette (1909), 3. Guérir : Levrat (1901), 5-6, MP, Inv. 28165. Affluence, débordé : Compte rendu moral de l'Œuvre, *les Découvertes*, 11/1902. Portes, bousculade, stations, cercle : Levrat, *loc. cit.*, 5-6. 8 000 examens, 12 000 kgs : Compte rendu, *les Découvertes*, 11/1902. Congrès londonien : Communication précitée de Bonnet, 5. Disparition, représentations théâtrales : Faisans le 27/6/1908, CPPT, III, 40-41.

qu'on est obligé de leur fixer un tour.» Soit depuis l'ouverture le 1^{er} février 1901, 430 impétrants examinés au 25 octobre : 130 éliminés au terme de la première visite, 300 atteints ou suspects qui, « munis d'une feuille de renseignements très détaillés fournis par l'ouvrier enquêteur » (« une soixantaine de questions » portant sur les ressources du malade, ses relations avec les différentes institutions d'assistance publique et privée, la situation hygiénique de son atelier comme de son logement), reviennent de mois en mois pour une investigation complète, poids, taille, graphique des poumons, lésions, crachats. L'instruction du cas achevée, en effet, « le double dossier *clinique* et *ouvrier* » constitué, l'inscrit n'est revu médicalement que toutes les quatre semaines. Ainsi qu'en pays wallon où, dûment « mises en garde contre les médications intempestives », les personnes suivies sont dirigées vers les médecins de la ville ou du bureau du bienfaisance pour tous les incidents qui pourraient survenir dans l'intervalle, l'institution lilloise « s'abstient systématiquement de toute intervention thérapeutique et place au premier rang de ses préoccupations le recrutement précoce du tuberculeux curable ». Simplement, il est délivré au poitrinaire un crachoir de poche, un crachoir de table, un litre de solution de lysol et une instruction clairement rédigée où il retrouvera les conseils essentiels qu'il a déjà reçus de vive voix. Pour le reste, « aucune prescription médicale proprement dite, aucun médicament d'aucune sorte, même pas de l'huile de foie de morue¹⁸ ».

18. Encombrement : Calmette (1903a), 2; les horaires de consultations paraissent autres au départ, puisque Calmette (1901), 6, parle de deux médecins de permanence qui « ont bien voulu prêter leur concours gratuit chaque matin de dix à onze heures ». Fixer un tour : Calmette (1901), 6. Chiffres de consultants, feuille de renseignements : Levrat (1901), 2, note 1. Soixantaine : Frottier (1901), 450, AIP, Inv. 28172. Double dossier : Calmette (1903a), 23; pour l'examen clinique et biologique, voir Rogeaux (1992), 311-12, 320; et pour le questionnaire « ouvrier », Calmette (1903a), 57-9. Médications, abstention, recrutement, aucune prescription : Kuss cité par Honnorat (1916), 215-16. « Instructions populaires pour combattre la propagation de la tuberculose » : Calmette (1903a), annexe II : longues, leur clarté n'est pas aveuglante, et leurs recommandations en matière d'habitation et d'alimentation laissent transparaître un certain irréalisme.

L'idée est de parvenir à la prophylaxie par l'assistance. « Nous ne désinfectons pas, assure Calmette tout sourire... nous entreprenons la peinture et le blanchissage. Le cortège des désinfecteurs effraye les malades. Nous leur proposons simplement [...] deux ouvriers peintres qui badigeonnent toute la chambre au lait de chaux... et qui profitent de l'occasion pour déplacer tous les meubles, les laver au lysol, et terminent par un brossage à fond du plancher. » Amoureuse extravagance, cet homme de bien et de colère ne se mêle pas seulement d'assainir le logement ouvrier, il assiste à domicile les plus valides de ses protégés, désinfecte et blanchit le linge de 20 à 25 familles au début, 50 à 60 en moyenne en régime de croisière. Avec cette différence que le dispensaire de Liège en se bornant strictement à la prophylaxie, surveille pour une vingtaine de mille francs 700 à 800 tuberculeux, quand celui de Lille ne saurait se flatter d'assister complètement « 100 familles par jour » à moins de 72 000 francs par an. Mais enfin quoi de dangereux comme ces manipulations de linge contaminé « dans l'unique chambre habitée, au milieu des enfants, à côté du malade (193 fois pour 519 enquêtes) »! Tous les 8 ou 15 jours, par le fait, les effets du poitrinaire et de ses proches sont apportés au dispensaire dans un sac en toile numéroté dit sac à matelot, pour y être rincés, blanchis, essorés dans la « lessiveuse-désinfecteuse ». Le tout conjugué avec l'allocation de secours aux assistés (une cinquantaine dans les premiers temps, 120 environ à compter de l'automne 1902) dans le transparent dessein de « maintenir le contact du malade avec le dispensaire et de fournir au moniteur d'hygiène l'occasion de faire à domicile de la propagande ». « Un rejeton de l'Arbre de la science du Bien », l'œuvre lilloise prodigue de la sorte chaque mois aux 80 malades environ de la troisième classe 30 litres de lait et 4 kg de viande de bœuf, remplacée ensuite par des œufs moins coûteux — 30 litres de lait, 30 kg de pain, 30 bons de repas à prendre aux cuisines populaires et 2 kg de viande pour les 20 assistés de la seconde classe — 30 litres de lait, 4 kg de viande, 30 bons de repas et 100 kg de charbon pour les 10 privilégiés de la première classe. Quelquefois même, on fournit après enquête des couvertures, voire des literies complètes, on dégage les objets de première nécessité confiés au Mont-de-Piété, on acquitte au propriétaire les loyers en retard. Un *dictamen* de la conscience, quand il se fait alentour un si grand concours de miséreux. « Ne

pouvant plus gagner leur vie ni subvenir aux besoins de leur famille, ils ont déjà frappé à plusieurs portes; la bienfaisance privée s'est lassée de les secourir. Le bureau de bienfaisance leur alloue deux ou trois pains par semaine et 3 ou 5 francs de secours de loyer par mois, s'ils ont au moins trois enfants! Humiliés et las de solliciter des aumônes, ils continuent à travailler jusqu'à ce que leurs forces les trahissent, puis ils s'arrêtent, attendant d'être cloués définitivement sur leur grabat. Ceux-là ont entendu dire que le dispensaire s'efforçait de leur venir en aide : ils viennent, découragés et désespérés... » Dès le début la charge financière d'assistance, y compris le salaire du moniteur d'hygiène, soit 150 francs par mois (le service médical étant jusqu'en 1903 non rétribué), pèse donc fortement sur le budget du dispensaire. Pour 40 malades à assister pendant une moyenne de quatre mois, à 80 francs par malade et par famille (montant jamais atteint en réalité), la dépense mensuelle s'élève à 3 200 francs, soit 40 000 par an (chiffres sensiblement différents de l'estimation postérieure citée plus haut). Or les 30 000 francs octroyés par le conseil municipal ont servi à couvrir les frais de construction et de première installation. Reste 15 000 provenant de souscriptions privées qui serviront à couvrir pendant un an les frais d'assistance — à comparer avec les 60 000 versés en 1903-1904 (à nouveau 30 000 francs en 1910) à l'Institut Pasteur de Lille par la Caisse des recherches scientifiques et des industriels nordistes aux fins d'épuration des eaux polluées par les usines. Une subvention de 100 000 francs sur le pari mutuel serait la bienvenue, qui permettrait de faire fonctionner le dispensaire pendant trois ans. En attendant, et faute de ressources, celui-ci se borne à délivrer des bons de lait ou de viande, et à assister trois malades en prenant en charge les frais de literie et les loyers afin d'éviter la saisie...¹⁹

19. Désinfection, peinture : Calmette cité par Frottier (1901), 451. Budget du dispensaire : pour Liège, Kuss in Honnorat (1916), 215; et Calmette (1903a), 17, sur le coût de l'assistance aux « 100 familles ». Unique chambre, lessiveuse et classes d'assistés : Calmette (1903a), 24, 42. Arbre du Bien : Calmette, *PM*, 25/12/1901. Bienfaisance, grabat : Calmette (1901), 6. Salaire du moniteur, service médical non rétribué : Calmette, copie dactyl. (1901), 18; 1903 : Rogeaux (1992), 306. 40 malades par mois : Calmette, copie dactyl (1901), 20; 80 francs jamais atteints : Rogeaux (1992), 310-11 et annexe 5.3. 30 000 francs couvrant frais de construction et

L'opinion de Faisans semble fondée selon laquelle Calmette serait passé par des « états d'esprit successifs », « ce côté social » lui apparaissant « peu à peu comme le plus important, puis comme le seul important ». Car l'honneur est à soulager, si la honte est à ne savoir guérir. Le souci primordial est néanmoins d'enrayer la dissémination bacillaire, de « dépister le plus grand nombre de tuberculeux possible ». Du 1^{er} février 1901 au 30 septembre 1902, le dispensaire a examiné 828 consultants (6 500 consultations); sur 500 dossiers dépouillés, 293 tuberculeux, 166 hommes et 127 femmes (voir aussi *supra*, XIII, 3, tableau). Pourcentage de diagnostiqués qui souligne la très forte prévalence de l'infection parmi ces populations « ouvrières généralement très pauvres », surmenées, entassées, sous-alimentées, victimes de l'insalubrité des ateliers et privées de soins médicaux, d'où proviennent les deux tiers des consultants d'"Emile-Roux". « Sur ces 293 malades, note Calmette, 208 soit 71% avaient une alimentation insuffisante, encore aggravée par le chômage, suite fatale de leur état maladif, et logeaient dans des habitations où l'oubli de toute les règles de l'hygiène la plus élémentaire entraîne fatalement une contagion sans cesse renouvelée »; 40% d'entre eux provenaient de familles ou de milieux exposés depuis longtemps et de façon continue à la contagion; 97% sont astreints à des horaires de travail dépassant huit heures par jour. Les moyens diagnostiques, cependant, sont peu fiables (ils ne s'enrichissent de la cuti-réaction tuberculique découverte à Vienne par von Pirquet qu'au début des années 1910); et partant, le rendement est faible, le nombre des malades diagnostiqués, très inférieurs à celui des décès. Apparemment élevé (59%), le pourcentage de diagnostiqués par rapport aux consultants ne doit pas, lui non plus, faire illusion. Le dispensaire « surestime » la tuberculose, accepte nombre de malades non bacillifères, 30% en 1901-1902, ce qui d'ailleurs est une performance très honorable. En multipliant par six, comme le recommande Léon Bernard, le nombre des décès dus à la tuberculose (750 en 1900), l'agglomération

de première installation : Calmette, copie dactyl. (1901), 17; Caisse des recherches : Paul (1985), 297-98, 301; 100 000 francs : Calmette à Waldeck-Rousseau, lettre précitée du 15/7/1901; fautes de ressources : copie dactyl. (1901), 19.

lilloise compterait 4 500 cas (chiffre bien inférieur aux 6 000 indiqués par Calmette) : dans cette hypothèse, "Emile-Roux" ne connaît donc que 11,5% des tuberculeux de l'agglomération en 1902 (25% pour les 3 dispensaires lillois en 1930).²⁰ Quant à l'effet thérapeutique, pour 136 assistés dans les conditions précitées sur les 293 malades, les résultats durant la même période sont les suivants :

Tableau : Résultats du dispensaire antituberculeux de Lille, 1/2/1901 au 30/9/1902. Source : Calmette, Berlin, 1902. (Les degrés mentionnés dans la première colonne correspondent aux stades successifs de l'invasion des poumons par les lésions, le 3^e degré étant celui des cavernes, conception abandonnée depuis 1910.)

| | | améliorés | stationnaires | aggravés | décédés |
|----------------------|----------|-----------|---------------|----------|----------|
| 1er degré | 23 (17%) | 8 | 6 | 5 | 4 |
| 2 ^e degré | 85 (62%) | 20 | 18 | 28 | 19 |
| 3 ^e degré | 28 (21%) | 4 | 6 | 6 | 12 |
| Totaux | 136 | 32 (24%) | 30 (22%) | 39 (29%) | 35 (25%) |

« L'assistance matérielle donnée par le dispensaire ne pouvait pas être d'une efficacité considérable au point de vue de la cure ni amener des transformations bien notables dans l'état des malades auxquels elle était accordée », conclut Calmette, ce qui ressort du tableau ci-dessus, surtout si on le compare aux résultats du sanatorium de Montigny en 1906, d'où 67,8% des malades sortent "améliorés", comparaison discutable en réalité puisque le sanatorium sélectionne, on l'a

²⁰. Faisans : séance du 27/6/1908, CPPT, III, 39. Dépister : Calmette (1901), 14. Ouvriers pauvres : Calmette, copie dactyl. (1901), 12; deux tiers : Rogeaux (1992), 334. Résultats, alimentation insuffisante : Calmette, Berlin (octobre 1902), 7. Surmenage : 374 cas sur 382 enquêtes : Calmette (1903a), 36, tableau 6; sur les « causes » sociales de la tuberculose des ouvriers du textile : Bonneff (1914), 28-32; sur la tuberculose, maladie professionnelle : Rogeaux (1992), 144-60 et 175 sq. Sur les moyens de diagnostic avant 1914 : voir Rogeaux (1992), 44-9. Surestimation : Rogeaux (1992), 326; 30% de non bacillifères : 361 bacillifères sur 519 malades diagnostiqués en 1901-1902 : Calmette (1903a), 37, tableau 7; performance : voir Léon Bernard (pour les années 1920) in Dessertine et Faure (1988), 47. Léon Bernard, in Sellier (1920), 12; 6 000 tuberculeux : chiffre repris par le Dr Verhaeghe, directeur médical d'"Emile-Roux" : Bonneff (1914), 28. Rendement des dispensaires lillois en 1930, selon le préfet du Nord : Rogeaux (1992), 546.

vu, les malades "légers", en état de trêve, et que l'amélioration en question est remise en cause dès que ceux-ci reprennent un vie normale. Combien fidèle à lui-même, aussi bien, l'homme qui en 1924 sermonnera le ministre sur le chapitre des maladies vénériennes —« Vos conseillers sont, je crois, des médecins qui vous parlent toujours de traitements; il faudrait faire à l'hygiène une place plus grande et *séparée* [...] Voyez ce que coûtent ces traitements, les centaines de millions de drogue dépensés... » — et se fait en 1903 un chaste délice sur le sujet de la tuberculose de « transformer en secours alimentaires réconfortants les sommes importantes que, trop souvent, les œuvres charitables et les malades pauvres eux-mêmes gaspillent en achats de médicaments surannés et inactifs²¹ ».

Mais la raison des faveurs ou défaveurs, la règle présidant à la distribution des grâces? « Le *maximum de secours aux moins malades et aux plus pauvres*. » On croit entendre dans le lointain les violons éraillés de la *Realpolitik* sanatoriale. Un « conséquentialisme welfariste », l'utilitarisme pastorien situe la valeur éthique ultime dans les différences de bien-être et ne craint pas à l'aune du *welfare* de prononcer sur vie et mort. Logicien, démonstrateur, classificateur, ses concepts et son image de la rationalité sont intimement liés à ceux de l'économie. Et sans doute « chaque cas particulier est-il examiné à part, sans formes administratives ». Gage d'une meilleure gestion de la misère, l'introduction du quantum dans les rations alimentaires n'en prélude pas moins à ces schèmes mathématisés sur la base desquels le service social municipal s'essaiera dans l'entre-deux-guerres à classer sans plus de sentimentalité les candidats au secours. Le niveau de vie désigné comme le grand régulateur, la valeur-santé appréciée en calories-francs, le seuil d'assistabilité se déduirait minutieusement de l'étude du budget familial. C'est produire le meilleur état de choses possible au calcul de Calmette, « éviter à la collectivité de plus lourdes charges et

21. Efficacité : Calmette, Berlin (1902), 7; également Calmette (1903a), 40, tableau 10, et quelques statistiques cliniques au sujet de la population consultant au dispensaire in Rogeaux (1992), annexes 5.2.8 et 5.2.9. Montigny : Rogeaux (1992), annexe 4.5.7; "légers", vie normale : Lert (1980), 122, 131. Calmette au ministre de l'Hygiène : 27/11/1924, MP, lettres non classées. Secours alimentaires : Calmette (1903a), 13.

de plus grandes pertes du capital social », que de privilégier « les ouvriers qui ont charge de famille et qui sont en pleine période de rendement social ». Ajustement du salut au mérite, il est douteux en revanche que les « catégories » improductives possèdent d'autres droits que celui de déchoir sans retour. « A ceux, au contraire, qui sont trop gravement atteints pour qu'on puisse espérer la guérison, ou les rendre même temporairement à leur travail, il convient de n'attribuer que le minimum d'assistance, parce que la société n'a plus envers eux que des devoirs d'humanité à remplir. » Aux premiers les sanatoriums (auxquels « une polémique malhabile » a voulu « opposer » les dispensaires), aux autres les services hospitaliers d'incurables ou l'assistance d'un dispensaire. C'est la doctrine qu'expose crûment Calmette à Waldeck-Rousseau : « Les hygiénistes de tous les pays sont aujourd'hui d'accord pour admettre que, si les sanatoriums sont nécessaires pour la cure des tuberculeux au début de leur affection, ces établissements très coûteux ne pourront jamais être construits en assez grand nombre pour recevoir tous les tuberculeux pauvres; qu'il y a lieu, par suite de créer tout d'abord partout des dispensaires, parce que ces établissements pouvant être aménagés et entretenus à peu de frais s'occuperont de soigner les malheureux gravement atteints et de secourir efficacement leurs familles en éduquant celles-ci pour éviter la diffusion de la tuberculose. » Et voilà comme la préservation *seconde* suit la sélection *première*. Une école, « un bureau de recrutement et un poste d'observation », l'œuvre lilloise penche avant tout à « servir de grille pour ne laisser aller au sanatorium que des tuberculeux presque sûrement curables ». (Les difficultés de recrutement déjà évoquées rendront cette politique assez illusoire.) Concevez par là que les « consultations ou distribution de médicaments aux malades pauvres », relèvent dorénavant des seuls « bureaux de bienfaisance ». Tandis que les dispensaires plutôt captivés par les tuberculisables prennent sous leur protection « tous les tuberculeux que le chômage forcé condamnerait à la misère ». Hors d'état de les sauver tous, ils séparent le bon grain de l'ivraie et, s'attachant aux moins malades parmi les plus malades, c'est-à-dire à la « minorité », — les tuberculeux atteints au « 2^e degré » étant, on l'a vu, les plus nombreux à consulter, — procurent aux vaincus « les moyens d'achever leur existence sans nuire à leur entourage ». La pitié désenchantée, la pharmacopée

remisée, se profile dans la veine des Robert-Henri Hazemann, Grégoire Ichok ou Louis-Ferdinand Destouches « un essai d'économie totale de l'immense gaspillage que constituent les maladies humaines ». Le dispensaire type Calmette, trancherait sous peu le "médecin sociologue"? Un « piège à tuberculeux » et un « tribunal de santé²² ».

4. *Un sacerdoce de camarades*

« Mais le compte "charité", prêtre/Est page blanche sur ton livre. » L'image se lève invinciblement, touchant le héros pastorien, du *Brand* d'Ibsen, cette pierre de touche de la gauche intellectuelle à la Belle Epoque. Souverain pour « guérir des âmes estropiées » et instituer « le nouvel Adam », le meilleur amour dispensé par le pasteur piétiste « envers ces gens mous et veules, le meilleur amour est la haine! » Quelque compatissant et dévoué, le moniteur d'hygiène touche d'assez près à la « psychologie du tuberculeux pauvre » (« très relativement accessible aux considérations d'intérêt général, selon le Dr Kuss, et pas toujours éloigné d'un sentiment de jalousie et d'envie pour la santé de ceux qui l'entourent ») pour ne se point dépitier parfois contre « une incurable négligence, un égoïsme féroce ». *Je voudrais être anathème pour mes frères...* Ils entendent à merveille la maxime de saint Paul, ces gouverneurs, confesseurs et nomenclateurs des âmes que sont respectivement à Liège et à Lille MM. Leblanc et Haenjens. Alfred Leblanc un vieil ouvrier armurier longtemps versé dans l'administration des sociétés de secours

22. Maximum : Calmette (1903a), 16. Conséquentialisme : Williams (1990), 86. Cas particulier : Calmette (1901), 10. Capital social, charge de famille, catégories, minimum d'assistance, poste et grille, bureaux de bienfaisance : Calmette (1903a), 16-17, 7. Difficultés de recrutement : voir pour Montigny, Rogeaux (1992), 290-93. Polémique : Calmette (1903a), 17. Calmette à Waldeck-Rousseau, lettre précitée du 15/7/1901. Chômage forcé : Calmette (1901), 22. Minorité : Calmette (1909), 13 cité par Rogeaux (1992), 304. Achever leur existence : Calmette (1903a), 18. Economie totale : Destouches [Céline] (1977), 152. Piège : Ichok, c.r. de Edwards et Unzicker, *A cost analysis of clearing tuberculosis family contacts, The Milbank Memorial Fund Quarterly*, XII (1934), *RH*, 57 (1935), 390; tribunal : Hazemann, *MS* 9/1932, 551.

mutuels, Haenjens habile à « parler et comprendre le langage de l'atelier, qui à Lille est fort souvent le flamand ». « Ah! le professeur Calmette n'a pas mal placé sa confiance, s'enchantant l'excellent Frottier sur la fin de l'année 1901 dans *la Revue médicale de Normandie* : c'est un ancien ouvrier peigneur de lin, qui connaît admirablement le peuple qu'il visite; il est secrétaire d'une société de secours mutuels; c'est un convaincu [...] Et puis, détail qui n'est pas négligeable, il sait dans quelle langue, mais surtout de quel ton et dans quels termes il convient de s'adresser à l'ouvrier malade, sur lequel les grands discours ne font pas d'effet. [...] Tous ne sont pas doués de grands sentiments, me disait-il, et quand dans les débuts, j'insistais surtout sur la nécessité de protéger la famille contre la contagion, j'avoue qu'il y en avait qui n'en paraissaient pas très émus.²³ »

Une manière de docteur Subtil, le visiteur aussi bien s'emploie plutôt à entraîner la conviction par l'argument *ad hominem*. Surgi « environ une fois par semaine, à l'improviste », il plaidera pour une ouverture de la fenêtre nuit et jour, vantera l'usage constant du crachoir de poche ou de table dans l'intérêt du malade lui-même qui, disséminant partout ses produits d'expectoration, se contagionne de nouveau au fur et à mesure qu'il marche vers la guérison. « Et ça, ça les touche. Et puis, bien rarement il est vrai, quand ils y mettent trop de négligence ou de mauvais vouloir, il me faut bien employer les grands moyens; alors je leur fais entrevoir que le dispensaire pourrait bien se désintéresser d'eux... ça les touche aussi. » Paradoxe d'un « régime de surveillance » qui, sous couleur d'obtenir l'exacte observance des prescriptions, s'autorise les « moyens énergiques, tels que la suppression passagère de l'assistance », et n'aspire néanmoins qu'à une *reconnaissance* entre deux esprits à la fin égaux. Car le principe archimédique, nous l'avons assez suggéré, demeure celui d'une éducation selon la liberté.

23. Charité, âmes, Adam : toutes citations tirées de *Brand* [1865, représenté par le théâtre de l'Œuvre en 1895]. Clef pour la gauche : voir Roger Martin du Gard à Hélène [Martin du Gard], 21/6/1915 (1992), 640. Psychologie, jalousie, négligence : Kuss in Honnorat (1916), 216. Haenjens : c'est ainsi qu'épelle Calmette (1903a), 20, tandis que les frères Bonneff écrivent Haentjens avec un *t* (1914), 20. Langage de l'atelier : Levrat (1901), 4. Confiance bien placée : Frottier (1901), 449.

Condition de possibilité de l'homme nouveau, comme l'écrit Duclaux, le moniteur se flatte moins d'instruire que de conduire. C'est qu'il s'agit de former un être, non une chose ou un automate, de modeler l'esprit, le cœur et le jugement du malade plus que d'inculquer des connaissances. Entreprise démiurgique, *totale*, qui, chez Duclaux, homme de science et homme de culture (*supra*, XII, 1), puise probablement à l'*Emile* où les connaissances le cèdent si bien au fragile magistère exercé par un gouverneur en tout point différent du précepteur kantien chargé seulement de guider l'entendement. Duclaux puis Roux, dont il fut le mentor, et de là Calmette, un rousseauisme amorti règne sur le dispensaire. Encore ce procès où le Soi vient à l'existence se doit-il mener dans une quasi solitude. (Une des raisons de l'absence de toute propagande, sous forme de conférences ou autres, au dispensaire "Emile-Roux"?) Elever son égal et son double à l'individualité, il ne le peut sans le soustraire à ces enquêteurs administratifs de bureaux de bienfaisance que brocarde Calmette, lesquels, « trop souvent, ne voient dans le malheureux qu'un être suspect ou taré, ne viennent à lui qu'avec des allures de policiers, ne l'interrogent qu'avec arrogance ou dédain ». Comme si cette lente phénoménologie de la conscience ne se devait dérouler qu'à l'écart des « casquettes galonnées, toujours autoritaires » au méchant jugement d'un Duclaux — sinon toujours à l'écart des contremaîtres, que Calmette pense à utiliser pour dépister les ouvriers tuberculeux.²⁴

Où l'on entr'aperçoit combien le curieux projet lillois porte la fulgurance de l'utopie. « Les gens du monde, marquait Vallin en 1898, se moquent un peu de nous et nous trouvent quelque peu ridicules avec nos crachoirs de poche [...] nos procédés d'imperméabilisation des planchers, notre campagne contre les poussières et le balayage à sec, avec ces défenses de cracher par terre dans les wagons de chemin de

²⁴. A l'improviste : Calmette (1901), 12. Ça les touche : Frottier (1901), 450. Surveillance : Duclaux (1902), 176. Moyens énergiques : Levrat (1901), 4. Education *selon la liberté* : Philonenko (1984), III, chap. VI à IX; et sur le gouverneur rousseauiste, *ibid.*, 107-10. Homme nouveau : Duclaux (1902), 169. Duclaux mentor de Roux : Dedonder (1984), 7-8. Absence de propagande : Rogeaux (1992), 323. Policiers : Calmette (1903a), 14. Casquettes : Duclaux (1902), 62. Contremaîtres : Rogeaux (1992), 329.

fer, dans les tramways, les omnibus, les lieux publics. C'est cette ignorance, ce scepticisme gouailleur, cette incrédulité d'esprits forts qu'il faut combattre. » Juste retour, la troïka de la rue Dutot dressait ses batteries dans un bastion guesdiste (6 012 adhérents dans le Nord en 1904 pour le Parti socialiste de France, ex-Parti ouvrier français, sur 16 000 à l'échelle du pays) — la terre de mission des abbés démocrates, patrons catholiques et Tiers-ordre franciscain — le berceau, aussi, de ce Réveil méthodiste qui, soulevant « le problème du milieu favorable à l'éclosion du salut », se dépensait dans l'âpre faubourg en "Solidarités" ou "maisons du peuple chrétiennes-sociales". Et l'arrière-plan messianiste ne se découvrait-il pas en plein, d'une pensée tout entière adonnée à « faire l'éducation hygiénique du peuple, *en nous servant des gens du peuple* »? Non qu'elle se commette avec l'une ou l'autre des églises en présence. (L'aube du dispensaire lillois coïncide, notons-le, avec un « coup d'arrêt » porté par un anticléricalisme en fort progrès à la pénétration catholique dans la classe ouvrière.) Rome rouge ou Rome cléricale, « la ville sainte des prolétaires de partout » l'horripile pareillement. Ne collaborent pas moins au dispensaire "Emile-Roux" aussi bien un chrétien social comme Victor Dubron, président de la filiale nordiste de l'Alliance d'hygiène sociale, qu'un guesdiste comme le Dr Désiré Verhaeghe, directeur médical du dispensaire, ancien président du groupe des étudiants socialistes de Lille, membre du comité fédéral du POF en 1904, animateur du secrétariat ouvrier d'hygiène à la Bourse du Travail et futur premier adjoint de Roger Salengro en 1925. Une sorte de division des tâches, le catholicisme social, proche de l'abbé Lemire, membre de la Ligue et ami de Calmette, — sollicité par ce dernier, l'archevêque de Cambrai, intransigeant, ayant refusé son appui, — colore le patronat lillois ou roubaisien protecteur du dispensaire, tandis que les travailleurs de la base, médecins et enquêteurs ouvriers, se recruteront plus volontiers parmi les militants d'extrême gauche.²⁵ Chaque

²⁵. Gens du monde : Vallin, *Bull. SMP*, 21 (1898), 201. Catholicisme : nous avons consulté Hilaire (1966), 181-201, et Burnod (1981), 2, 63-84. Salut : Baubérot (1974), 238, auquel nous empruntons pour la présentation des "Solidarités" du Nord. Education : Calmette (1901), 23. Anticléricalisme ouvrier : voir Hilaire (1977), 720, 799. Ville sainte : d'un mot de Guesde sur Roubaix, repris par Baubérot (1974), 239 note 43. Dubron : Rogeaux (1992),

fois, la vraie médecine se nomme ascèse intramondaine, chaque fois le remède se tire du mal même. Un micromilieu, le dispensaire campe une petite société de *progressants*, assumant eux-mêmes le rôle de directeur, acquise au système des ligues de vertu comme les "Solidarités" d'Aquilas Quiévreux à Lille, d'Henri Nick à Fives, d'Elie Gounelle (1865-1950) surtout dans ces quartiers populeux de Lille-Roubaix sur lesquels il accumula les notes pendant son ministère aux fins d'un ouvrage (jamais publié) sur *la Plainte ouvrière*. Bien plus actif dans le domaine de la propagande que la Ligue, le pasteur Gounelle pouvait réunir entre 3 et 400 personnes à Fives lors de ses conférences sur « la vie morale, l'éducation, la mutualité et l'hygiène ». Dans un esprit voisin du dispensaire, l'action de ces associations repose sur un engagement personnel et public : de chasteté pour les membres de "l'Etoile blanche, ligue contre l'immoralité publique et privée" (76 pour la section de Roubaix), de relèvement moral pour le gros du public. Avec de sanglants raffinements dans l'austérité. Au "café de tempérance solidariste" du boulevard de Belfort (trictrac, échecs, billard) se réunissent par exemple la *Ligue Legrain* (laïque, elle exige de ses 115 membres l'abstention complète de boissons distillées), la *Croix bleue* (protestante, elle groupe 51 militants qui s'engagent à l'abstinence totale), *l'Espoir* voué à la formation antialcoolique de 80 enfants environ (42 membres actifs). Une purification des passions qui, soumise au principe du libre examen, n'est pas sans rappeler l'éducation négative que dispensent ailleurs MM. Leblanc et Haenjens. « Le peuple devra à lui-même son émancipation. » Si Calmette connut l'auteur de ces lignes, nous l'ignorons. Autre chose l'évangélisation du pécheur, autre chose l'éducation d'un semblable; et cependant, ici et là, même visée résurrectrice, même stylisation du moi, — la moralomanie en moins. A telle enseigne que le fléau tuberculeux sous de certaines plumes ne paraîtrait plus tant « une maladie [que] l'obligation pour le chef de famille de se

635. Verhaeghe : Rogeaux (1992), 5, 109, 119-20, 506; l'Œuvre de la Goutte de lait du Nord, dirigée par le Dr Déborah Bernson, épouse du Dr Verhaeghe, se calque sur l'enquête ouvrière en vigueur à "Emile-Roux" pour la consultation de nourrissons et la visite à domicile, participant ainsi au travail prophylactique antituberculeux : Rogeaux (1992), 399. Lemire : Rogeaux (1992), 216-19; archevêque de Cambrai : *ibid.*, 215.

surveiller, de surveiller les siens, de s'assurer si le bacille n'a pas pris position dans un organisme ». Comme si le mal de misère et d'ignorance se pouvait asphyxier dans le souci de soi et des autres.²⁶

Mais enfin qu'avance ici Henri Sellier que n'avait déjà énoncé Albert Calmette? « Exclusivement prophylactique », « surtout un instrument précieux d'éducation populaire », le dispensaire ne professe autre chose qu'un *héautocratisme* (supériorité sur soi-même). Il n'était que trop naturel que les techniques de sécurité se résorbent dans les techniques de soi, l'art de soigner dans l'art de se gouverner.²⁷

5. Edimbourg, 13 Bank Street

Rien d'étonnant, donc, si cette « école antituberculeuse des adultes » a primitivement revêtu un cachet calviniste très accusé. Examen médical, enquête sociale, sélection des malades justiciables « soit d'un internement dans un sanatorium pour les moins avancés, soit dans des asiles d'incurables pour les plus avancés », le Royal Victoria Dispensary for Consumption and Diseases of the Chest d'Edimbourg (1887), bat en brèche le crédit du lillois. D'autant que le 13 Bank Street épluche la maisonnée tout entière, sa célèbre « march past » où défilent impromptu sous des regards prévenus l'aïeule, la mère et l'enfant, précédant d'une bonne décennie les visites périodiques d'un camarade non moins indiscret. Jalousie d'auteur, Calmette s'est défendu de tout plagiat : « je tins à marquer qu'il ne s'agissait en aucune manière d'un dispensaire polyclinique, tel que l'avait créé [...] un éminent médecin d'Edimbourg, Sir Robert Philip ». Vrai, le premier dispensaire antituberculeux britannique médicamente à qui mieux-mieux, son penchant

26. Progressants : d'une formule de Sénèque attribuant aux stoïciens la qualité de *procedentes*, reprise par Veyne (1993), LXXI-LXXII, et par Goldschmidt, Notice des *Pensées* de Marc-Aurèle, in *les Stoïciens* (Paris : Gallimard-Pléiade, 1962), 1135. Gounelle à Fives : Rogeaux (1992), 408. Emancipation : Gounelle cité par Baubérot (1974), 424. Obligation : Sellier (1928), 154.

27. Prophylactique : Calmette (1933), 336; instrument d'éducation : Calmette, Berlin (1902), 1. Héautocratisme : Foucault (1984), 116-17.

immodéré pour une tuberculine honnie par le corps médical (comme tout traitement ambulatoire, elle dispense le travailleur de s'aliter aussitôt et le maintient à l'atelier) et suspecte à la National Association for the Prevention of Tuberculosis (son efficacité paraît des plus contestables) n'étant pas étranger sans doute au fait qu'il demeura seul de son espèce près de vingt années durant. Mais les disparates sont autrement sérieux, d'une médecine (stoïcienne) à une morale (chrétienne).²⁸

De la robe et du bord d'un Mirbeau — le Mirbeau du *Foyer*, — Calmette se passe si difficilement de pincer ces sociétés ou bureaux de bienfaisance « que dominant trop souvent des préoccupations policières ou administratives », ses râtelées sont si pressantes que son « regret » dut faire sourire en 1913 la SMP, de « n'avoir jamais pu établir » à Lille quelque « entente » avec eux. Au lieu qu'âpre et rude de fibre, le champion d'une « régénération physiologique » de l'habitation comme de ses habitants, sir Robert, pour purger « l'ignorance et la folie », s'entourne d'un « corps de médecins, d'infirmières et d'un comité de dames dit le "Samaritan committee" ». Les médecins frais émoulus de l'Université; les infirmières également inexpérimentées, et surtout atrocement bousculées puisqu'il leur incombe d'examiner pour prix d'un salaire dérisoire de 30 à 35 cas par tournée, à raison de 6 minutes chaque; les dames, enfin, religieuses à se gouverner sur cette maxime de la Charity Organisation Society comme quoi il n'est pas permis aux pauvres de vouloir ce qu'on veut d'eux. (Tous péchés originels pour un mouvement qui, poussant ses investigations crochues jusque dans le sein des familles, y « jetant l'effroi », s'apercevra un peu tard — dans le West Monmouth, par exemple, entre 1915 et 1925 — que 15% des personnes décédées par tuberculose lui demeurent parfaitement inconnues : au point qu'en Grande-Bretagne, les dispensaires urbains dans les années 1930 n'auront examiné que 2,5 cas environ pour 1 décès, les dispensaires

28. Ecole : Calmette (1903a), 27. Internement : Philip, Discussion sur les dispensaires et sanatoriums, *Congrès international de la tuberculose* (Paris : 1905), II, 555, cité par Faisans (1908), 40. Sur le dispensaire d'Edimbourg et la « march past » : Bryder (1988), 33 sq.; Smith (1988), 66 sq. Polyclinique : Calmette (1933), 336.

ruraux 1,8 seulement.) Une manière de Calvin rebouilli, Philip se fait sentir un vrai maître : ses registres contiennent en 1905 les noms de près de 15 000 individus, il reçoit jusqu'à 87 malades par jour et « rien que pour l'année dernière » (1904) chiffre les présences en ses murs à 17 756.²⁹

On ne voit pas néanmoins que les consultants fussent conviés à un travail de soi sur soi, sorte d'équivalent d'un "système immunitaire" — mais maintenus au contraire dans une sujétion d'autant plus heureuse que, par la vertu d'une décision du Local Government écossais assimilant la tuberculose à une maladie infectieuse, les infirmières et autres "Lady Health Visitors" lâchées sur Edimbourg possèdent à l'encontre de leurs homologues anglaises toute autorité pour forcer l'intimité de la famille et l'obliger à « recréer » un véritable foyer, antidote d'un mal qui est d'abord une *house disease*, une maladie de l'habitation mortelle pour la mère et les enfants. Maîtresses des ménages, les voilà bien les agnelles intraitables de sir Robert! non pas ce « confident et ami » qui, invitant à un repli actif et comme à une autotransfiguration, engage dans un progrès indéfini. Trait caractéristique, si l'on insiste à Lille sur le « logis malsain », l'on accuse aussi le surmenage et l'insalubrité de l'atelier. Aucune prédication de vertu, soupire Duclaux, aucun règlement ne vaudra « un mot d'ordre donné et accepté entre égaux »; aussi bien la plupart des ouvriers, s'éjouit Calmette, « suivent les conseils qui leur donnés et répétés par un camarade appartenant à leur classe sociale ». Avec cela, la brisure est plus tranchante encore sur le terrain charitable. Enfariné du précepte puritain comme quoi "Giving alms is no charity" (titre d'un célèbre ouvrage de Daniel Defoe), Philip s'ôte la peine d'entrer dans cette dialectique du dépistage (fin) et des secours (moyens) : n'en accordant aucun, son office central échenille des abus toujours renaissants, il ne les fomenté pas. (Aussi 12 500 à 25 000 francs par an lui paraissent-ils hautement suffisants pour faire

29. Préoccupations : Calmette (1901), 7. Regret : Calmette (1914), 38. Régénération, ignorance : Philip (1912) cité par Bryder (1988), 33, 19. "Samaritan committee" : Philip (1905) cité par Faisans (1908), 40. Trente à trente-cinq cas par tournée, familles effrayées, West Monmouth et faiblesse du rendement : Smith (1988), 67, 75. Registres, présences : Philip (1905) cité par Faisans (1908), 40.

marcher un dispensaire dans une ville de l'importance de Liverpool.) Au contraire, insoucieux de cet éthos de la besogne qui portait l'Écossais à chérir en le sanatorium « une façon de colonie de travail », et non pas tant soigneux d'étendre un manteau de givre sur les campements de la misère que d'arracher au néant quelques « êtres encore sains », le Français au jugement d'Edouard Fuster « semble en vérité pratiquer l'assistance comme un moyen d'aboutir à l'éducation; il donne, assure le disciple de Le Play en 1905, parce qu'il ne peut retenir, persuader, surveiller qu'au prix d'un secours ». Les conseils du dispensaire sont bien accueillis parce qu'accompagnés de secours matériels, certifie le fondateur d'"Emile-Roux", et Waldeck-Rousseau le comprend bien ainsi, qui note, lisant Calmette, que la prophylaxie de la tuberculose doit devenir un service de l'assistance. « Amener et retenir la clientèle », confirmera Léon Bernard, nous ne le saurions sans lester nos filets d'une « amorce » ragoûtante (*infra*, XVII, 6).³⁰

6. Un, deux, trois dispensaires Calmette?

Une médecine plus qu'une morale, sans médecins — le problème ne se peut davantage dissimuler, de la reproductibilité d'un modèle dont le pouvoir de contagion n'était pas tel que, tympanisée par la voix publique, l'expérience s'étendît. Le maire de Rennes fait le voyage de Lille en 1910, sans doute. Mais le Nord ne dispose que de 6 dispensaires en 1914 (38 en 1939); la municipalité a bien prévu de reproduire "Emile-Roux" dans différents quartiers de l'agglomération : aucune dynamique ne se fait jour,

³⁰. LGB écossais : Smith (1988), 68. Re-créeur : Philip (1912) cité par Bryder (1988), 33; *house disease* : McGaw citée par Bryder (1988), 34. Confident et ami : Calmette (1901), 7. Logis malsain, etc. : Haenjens apud Bonneff (1914), 27. Mot d'ordre : Duclaux (1902), 173. Même classe sociale : Calmette (1909), 5. Liverpool, 12 500 à 25 000 francs : Philip cité par Fuster (1906), 860 note 2. Colonie de travail : le sanatorium idéal selon Philip (1906) cité par Bryder (1988), 56. Êtres encore sains, assistance comme moyen : Fuster (1905), 60. Bien accueillis : Calmette, copie dactyl. (1901), 12, et Waldeck-Rousseau, Notes au crayon précitées. Clientèle, amorce : Léon Bernard au Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale de Lyon [15-17/6/1914], cité par Honnorat (1916), 218.

vraiment, jusqu'en 1919. De dispensaires, à la veille de la guerre, l'on n'en compte en tout que 46, dans 15 départements seulement. Et quels dispensaires! Celui de Beaujon mis à part, où « l'importance extraordinaire donnée au personnel médical montre bien que la préoccupation dominante des organisateurs a été de soigner les malades » (1905) — celui de Laënnec, aussi, sorte de vitrine prestigieuse sur laquelle nous reviendrons plus avant, cause que « pour la première fois elle réalise le type du dispensaire complet » (1910), ce ne sont que fleurs de cimetièrre, bouquets frileux de la Toussaint. « Il ne suffit pas de louer une boutique, s'attriste Léon Bernard en 1913 au nom de la Commission départementale de la tuberculose [Seine], d'y planter une enseigne décorée du nom de dispensaire, d'y donner des consultations ou même d'y vendre des médicaments, pour prétendre qu'on a ouvert un dispensaire. » Et voilà la chose en deux mots : un fétiche, un gri-gri qui méduse, le digne fruit de l'initiative privée. D'ailleurs, comment ne frissonner au rapport présenté par Faisans devant la Commission permanente un lustre auparavant? « La faveur qui a abandonné le sanatorium s'est portée sur le dispensaire antituberculeux et celui-ci a proliféré avec une telle vigueur qu'on s'est aperçu — un peu tard peut-être — qu'on n'avait prévu aucune réglementation. Les demandes de subvention arrivaient au conseil municipal et au ministère de l'Intérieur de plus en plus nombreuses, si bien que l'on éprouva le besoin de jeter au moins un coup d'œil sur toutes ces fondations; et l'on s'aperçut alors que plusieurs d'entre elles étaient des polycliniques qui recevaient beaucoup de malades de tous ordres, mais très peu ou pas de tuberculeux; trop de dispensaires dits antituberculeux possèdent des salles pour examens gynécologiques, des salles d'opérations, de pansements, etc., toutes installations qui démontrent tout au moins le caractère mixte de ces établissements; on put même voir dans quelques cas heureusement très rares que tel dispensaire pour lequel on avait sollicité une subvention consistait simplement en un local sur la porte duquel on avait bien posé une enseigne "dispensaire antituberculeux", mais dans lequel on ne voyait jamais ni malades, ni médecins. » Quelques lueurs néanmoins, dans ce néant retentissant : émanées de "la bonne dame de Plaisance", Léonie Chaptal dans le XIV^e arrondissement de Paris; du Dr Gabriel Séailles, un ancien des Universités populaires,

dans les VIII^e et XVII^e; de Jules Courmont à Lyon, ainsi qu'à Nantes, à Autun, peut-être à Arras, où les dispensaires fonctionnent « à peu près » selon les normes d'« Emile-Roux ». Avec cette différence sensible dont s'ouvre Courmont au Congrès tenu en la bonne ville d'Edouard Herriot par l'Alliance d'hygiène sociale en juin 1914, d'œuvres privées à une antenne municipale. « Tandis que le dispensaire de Calmette a des ressources qui lui sont personnelles et qui lui permettent d'assister un nombre limité de tuberculeux, ayant des enquêteurs qui doivent dépister les tuberculeux, le dispensaire de Lyon [construit en 1905], n'ayant aucune ressource propre, mais subventionné par la municipalité, emploie ses enquêteurs ouvriers à faire la surveillance et l'éducation des tuberculeux; le dépistage est inutile, tous les tuberculeux indigents étant automatiquement dirigés vers le dispensaire et le dispensaire ne pouvant recevoir que les tuberculeux du bureau de bienfaisance. » En échange de quoi, le bureau de bienfaisance lyonnais verse directement au dispensaire une subvention d'environ 40 000 francs.³¹

Par le fait, « c'est à l'étranger, reconnaît sans fard Fuster devant le Congrès de l'Alliance en juin 1914, que l'institution du dispensaire s'est réellement et largement généralisée. » Tout à la gloire de son éblouissante trouvaille, Calmette n'entendait guère connaître du pourquoi ni du comment d'une efflorescence rien moins que spontanée. Volontiers, il se fût rangé à cette opinion d'Albert Bluzet, comme quoi « un

31. Maire de Rennes : Rogeaux (1992), 3. Nord : Rogeaux (1992), 6; reproduction : *ibid.*, 301. Quarante-six dispensaires : Fillassier le même jour devant le même Congrès, *AAHS*, 35, 2, qui donne la liste des départements (Alpes-Maritimes, Aube, Bouches-du-Rhône, Côte d'Or, Haute-Garonne, Ille-et-Vilaine, Indre-et-Loire, Marne, Nord, Oise, Rhône, Seine, Seine-Inférieure, Haute-Vienne, Yonne). Personnel médical à Beaujon : Faisans (1908), 42. Dispensaire Léon-Bourgeois (Laënnec) comme « dispensaire complet » : Chassaigne-Goyon [président du conseil municipal] à l'inauguration le 12/12/1913, *AAHS*, 34 (4-6/1914), 25. Boutique : Léon Bernard devant la commission départementale de la tuberculose [Sellier, Dormoy, Ambroise-Rendu, etc.] en 1913, cité par Sellier (1928), 86. Aucune réglementation : Faisans (1908), 38. Nantes, Autun, à peu près : Calmette, Berlin (1902) : les Œuvres françaises. Arras : Calmette, copie dactyl. (1901), 3. Dispensaire de Lyon, subventionné par la municipalité : Courmont (1914), 39; 40 000 francs : Calmette (1914), 38; sur Courmont lui-même, Dessertine et Faure (1988), 15-16.

dispensaire, c'est un homme », une idée devenue mission. Le retiennent l'inventeur et son invention, Edith McGaw à Paddington, siège du premier dispensaire anglais (1909) — Lawrence Flick, encore, qui, non content de préparer les voies de la National Tuberculosis Association (1904) par la fondation de la première ligue américaine, la Pennsylvania Society for the Prevention of Tuberculosis (1892), « était venu à Lille [en 1902 ou 1903, vraisemblablement] étudier l'organisation de notre dispensaire et avait ensuite créé à Philadelphie une institution semblable, mais beaucoup plus vaste et beaucoup plus riche, le "Henry Phipps Institute" » (1903). Alors, il est vrai, le destin parut changer de chevaux.³²

En Europe même, « l'année 1901 » n'était pas achevée (Edouard Fuster à la différence de Paul Weindling parle de « la fin de 1903 ») que le *Ministerialdirektor* Friedrich Althoff dépêchait ses observateurs auprès du Lillois. Vite, tôt, le *Kultusministerium* prussien dressait ses plans, il divisait Berlin en districts et affectait à chacune des aires géodémographiques ainsi considérée un dispensaire conçu sur le modèle du dispensaire antituberculeux annexé à l'hôpital berlinois de "la Charité" en 1904 et organisé selon les normes d'"Emile-Roux". Lait, viande, vaisselle, literie, crachoirs, le comité de patronage se défend de tout préjugé thérapeutique et coordonne plutôt son action avec les soupes populaires ou la Société pour la *Volkshygiene*. 8 200 foyers visités dans les dix-huit premiers mois, 15 661 patients suivis, 1 000 enfants envoyés en colonie de vacances ou en cure libre par les champs et par les grèves, près de 4 000 marks versés en loyers, et 11 800 autres à des fins charitables, la lourde machine s'ébranle qui cajole, rassénère, et pour prix de ses bontés mortifie l'*unclean life*. Prodige, 18 dispensaires "type Calmette" en 1903, 68 en 1905, 150 en 1908, 321 en 1910, 525 en 1911, 713 en 1912, 818 en 1913, « auxquels il faut ajouter des stations ou comités d'action créés au nombre de 538 dans le grand-duché de Bade, une centaine de postes analogues en Thuringe, et même ces innombrables postes d'assistance

32. Etranger : Fuster au Congrès de Lyon le 15/6/1914, *AAHS*, 35 (7-12/1914), 2. Un homme : Bluzet, séance du 23/11/1912, *CPPT*, IV (1911-1913), 20. McGaw : Bryder (1988), 33-34. L. Flick : McBride (1987), 80; et Calmette (1933), 336.

médicale rurale, avec infirmière à demeure », s'emploient dans tout l'Empire à frapper de tabou la toux, le crachat, le baiser. (Léon Bernard avec un art consommé de la litote insinuant là-dessus que, « bien que présidée dès l'origine par un Français, et à ce moment par Léon Bourgeois, l'Association internationale contre la tuberculose n'avait pas que son siège et son secrétaire général à Berlin ».) Allemagne (Calmette nommant le berlinois Albert Fränkel, le découvreur du pneumobacille, comme l'un des principaux propagateurs de l'idée du dispensaire avec Malvoz), Hollande, Espagne et Belgique, Ecosse encore où des cités comme Aberdeen se répandent en mises en garde contre les effusions sentimentales, « la station au-dessus ou en face du malade qui tousse », et font défense aux mères de toucher la tétine de leurs marmots — on hésite en effet si Calmette dans la fable ne figurerait pas quelque chose comme un "homme de bois", nécessaire pour la forme et sous le nom duquel tout se fait sans qu'il n'y entre en rien. Partout de ces postes de guet dont l'étranger au sentiment d'Edouard Fuster « est venu chercher le modèle en France » : 1 145 *Fürsorgestellen* à la veille de la Grande Guerre (contre 26 en 1904, 321 en 1910) — en France, rappelons-le, 46 — dans une nation qui, pénétrée du « danger rural », porte « tout son effort sur l'organisation sanitaire des campagnes »; 20 aux Etats-Unis en 1905, et plus de 500 en 1915; 371 pour le Royaume-Uni en 1917, contre 64 en 1911. Mais la cheville ouvrière de l'œuvre rangée au magasin des antiquités, le moniteur culbuté et l'infirmière-visiteuse subséquemment intronisée, mais le médecin revenu sur l'eau — le schème mutualiste a vécu. Et quoi d'insupportable à l'homme de science comme sa qualité de tiers exclu! Autrement docile au praticien que le vieil assistant ouvrier, autrement dure au vulgaire, la messagère de santé "triangule", si l'on ose dire, une relation intersubjective, et s'efface devant le seul maître du bal. Comme une faille minérale, la fêlure se prolonge d'ailleurs plus avant.³³

33. Sur l'envoi d'observateurs allemands à Lille : Weindling (1989), 180; et Fuster (1913), 305. Organisation berlinoise : Weindling (1989), 180. Chiffres allemands : Fuster (1913), 305. Association internationale : Léon Bernard (1926), 11. Fränkel : Calmette à Waldeck-Rousseau, lettre précitée du 15/7/1901; sur Fränkel : Weindling (1989), 160. Allemagne, Hollande, etc. : Calmette (1933), 336. Station : Fuster (1906), 850. Modèle

Du sein de la société civile, et notamment des misérables, eût dû sortir au souhait des héritiers de Pasteur un libre mouvement autogéré auquel, *nolens volens*, l'Etat donnerait par la suite sa sanction légale (fiscale). Il n'est que trop criant qu'ils allaient à la chimère, et que la diffusion de leur merveilleux joujou ne se soutenait alentour que de sa municipalisation progressive. Sur cent ouvriers tuberculeux consultant au dispensaire "Emile-Roux", remarquent les frères Bonneff, il n'est *aucun* mutualiste. Loin que la poussée fût ascensionnelle, l'émulsion spontanée, ses véritables architectes se recrutaient parmi les autorités locales. En ce sens avait du reste plaidé Robert Philip devant le Congrès de la tuberculose réuni à Paris en 1905, qui assignait à « chaque ville ou district [le soin de] consacrer exclusivement une section de ses services d'hygiène à la lutte » : non plus la Galatée de son Pygmalion, une œuvre toute singulière quoique toute populaire, mais un service administratif comme un autre, le dispensaire ainsi banalisé se verrait promu en récompense le « centre des opérations municipales antituberculeuses, trait d'union entre toutes les autres institutions ». Un camouflet, s'il vous souvient que le dispensaire "type Calmette" ne prétendait rien moins qu'à usurper les bureaux de bienfaisance, et peut-être même à remplacer les bureaux d'hygiène. Calmette, sans doute, n'était pas opposé par principe à l'« entretien par les municipalités » (« et par les groupements sociaux intéressés », s'empresse-t-il d'ajouter) des dispensaires antituberculeux, étant donné la carence de l'Etat et la pauvreté des sociétés de secours.³⁴

Mais la mairie de Lille n'accordait plus aucune subvention à "Emile-Roux" après 1901 et, en 1904, renoncerait à tous ses droits sur le préventorium, laissant l'Institut Pasteur se

en France, danger rural, campagnes : Fuster, *CPPT*, séance du 6/12/1913, 305. Sur l'explosion des dispensaires en Allemagne, de 26 à 1 145 : Weindling (1989), 180; *Fürsorgestellen* : Calmette (1933), 336; c'est le terme allemand employé par Althoff pour les dispensaires antituberculeux : Weindling (1989), 180. Etats-Unis : Starr (1982), 191-92. Royaume-Uni : Bryder (1988), 43.

³⁴. *Aucun mutualiste* : Bonneff (1914), 45. *Section, centre* : Philip (1905) cité par Fuster (1906), 858. *Entretien, groupements* : Calmette, Berlin (1902), 1.

débrouiller seul. De là, peut-être, à l'estime de Calmette, les raisins verts du municipalisme. La palme à l'Ecoissais, toutefois, pour sa céleste lucidité : hors le cas du dispensaire hospitalier — tel celui ouvert à Beaujon en janvier 1905 par Jules Siegfried et Albert Robin, — « le Service antituberculeux serait municipal », en effet, ou ne serait pas.³⁵

*

Cette indifférence apparente au *modus operandi* administratif n'empêche pas que le dispensaire soit bientôt installé au centre du dispositif antituberculeux. Centralisation appelée logiquement par l'extinction de la retentissante controverse sur les sanatoriums. Panégyriques, condamnations envenimées, « ce n'était pas le bacille de Koch qui sortait le plus meurtri » d'une « polémique tristement oiseuse et stérile ». Vint cette « sorte d'accord » conclu au Congrès international de la tuberculose de 1905 entre les partisans du sanatorium « base inébranlable » de tous les efforts et ses opposants pour lesquels le sana n'était qu'un « simple adjuvant du traitement médical ». Cinq ans de perdus, puisque les termes en avaient été posés par le Lillois devant la Commission Waldeck-Rousseau. Sanatorium, insiste Calmette en 1903, cure libre à la campagne, colonie de vacances, maison salubre, œuvres de mutualité, législation ouvrière, propagande, aucune de ces armes qui n'ait « une sphère d'action limitée ». Mais dès 1900, l'idée neuve se fait jour sous sa plume d'un arsenal coordonné qui eût relégué sans coup férir « l'instrument principal » à l'état « d'annexe » et de « complément ». Un régal, joliment conçu sinon très rationnellement planifié. « Mieux que tout service général d'assistance médicale ou que les bureaux de bienfaisance ou que les bureaux d'hygiène, s'enchantent en 1905 Edouard Fuster, le dispensaire permet d'effectuer le dépistage et le triage des tuberculeux [...] L'assistance et l'hygiène municipales rejoignent en lui la bienfaisance privée et le secours mutuel. Il ne se substitue même pas aux médecins, car il ne médicamente pas et ne

35. Plus de subvention après 1901 : Rogeaux (1992), 349; 1904 : *ibid.*, 310. Service municipal : Philip (1905) cité par Fuster (1906), 858.

de liaison nécessaire des armes et des forces, celui sans lequel la bataille, livrée trop tard ou poursuivie dans la nuit, sera trop souvent perdue ». Un chef-d'œuvre de pur théâtre, quoique ...³⁷

37. L'Allemagne et son ensemble d'œuvres : Fuster le 2/12/1911, *CPPT*, IV (1911-1913), 135. Sur le contre-exemple français : Brouardel (1903c), 28. Levier de commande : A. Martin, *Rev. phtisio. méd.-soc.* (9-10/1931), texte dactyl., SAN 7789. Rechercher, attirer : Calmette (1901), 4; formule complète : id. (1903a), 7. Centre de la lutte : Fuster, *AAHS*, 34 (1914), 2. Veilleur : Bourgeois, Discours de clôture du Congrès de Lyon, le 17/6/1914, *AAHS*, 35 (7-12/1914), 23-24.

La part maudite du dispensaire

Toute politique répond, selon Raymond Aron, à une situation déterminée à la fois par les forces multiples qui de l'intérieur pèsent sur les dirigeants, et par la structure de la conjoncture internationale. Or la crise démographique, scientifique et sanitaire de la fin du siècle a bel et bien assujéti la politique de santé publique tant au pouvoir de l'opinion qu'à la compétition économique, politique et militaire entre les nations européennes. L'économie nationale, les pastoriens l'ont bien senti, exigeait l'*efficacité* de la lutte antituberculeuse. Où l'on s'avise que la mouvance pastorienne n'a peut-être point eu tant part aux "disciplines" qu'il le paraît. Que sa rage de précautions ne serait aucunement carcérale mais éducative et publicitaire à la fois, ses mesures réputées absolues le balbutiant essai d'une contre-politique charitable. L'assistance condamnée à n'être qu'un service de voirie paraissait un objet d'horreur. Autrement sagace au jugement d'un Duclaux, celui qui met des garde-fous le long des ponts sans plus repêcher les maladroits qui se seraient laissés choir. Car son geste a ceci d'exemplaire, qu'il « vise à se rendre inutile »; et voilà la cure sanatoriale. « Tout malade sorti guéri sera un prospectus vivant. » Ils engageraient dans les sentiers de la prévoyance en effet, ils épandraient par le peuple une discipline librement consentie dans l'intériorité de la conscience, ces asiles « où la guérison eût été la règle et la mort l'exception ». Mais pouvait-on séparer ainsi de l'*hospitalitas*, dont le caractère est inconditionnel, la *liberalitas* qui, elle, distingue entre catégories de pauvres ou de malades? La réussite d'une telle politique appelait le contrepoids du dispensaire afin de satisfaire l'exigence de solidarité à laquelle était attachée l'opinion tout en rassurant les malades et leurs familles opposés à l'isolement des contagieux. Des ressources insuffisantes, un système hospitalier carent ne permettront

pas de mener à bien pareille stratégie. Si réduite est la marge de manœuvre que le système antituberculeux, par le fait, finira par incarner une formule contraire en tout point à son objectif initial en sanctionnant non l'hospitalisation des tuberculeux mais la primauté du traitement ambulatoire et des soins à domicile.¹

1. *Le dispensaire Léon-Bourgeois*

Edifié dans la partie du périmètre de l'hôpital Laënnec donnant sur la rue Vaneau, le dispensaire Léon-Bourgeois a été créé en complément du service des tuberculeux contagieux (225 lits) ouvert par l'Assistance publique « soucieuse, rapporte Landouzy, de doter la population parisienne d'un armement antituberculeux scientifiquement conçu, logiquement et fortement organisé ». La chaire de Landouzy « commandait » ses activités au double point de vue scientifique et universitaire. D'un coût de construction de 1 370 000 francs financé par la préfecture de la Seine, le conseil municipal « particulièrement généreux » selon Léon Bourgeois, et le conseil de surveillance de l'A.P. que préside Paul Strauss — le gouvernement ayant pour sa part contribué pour 500 000 francs prélevés sur les fonds du pari mutuel, — à sa tête sont nommés, près la mort en août 1911 du premier directeur médical, Dieulafoy (de l'Hôtel-Dieu), deux chefs de service : Léon Bernard et Edouard Rist (1871-1956), lesquels dirigent le quartier des tuberculeux de Laënnec (auquel est alors rattaché le dispensaire) avec Landouzy, assistés d'une douzaine de médecins et d'une quinzaine d'infirmières et de visiteuses. Au premier étage, « deux salles, largement aérées, pourvues de chaises longues et de couvertures » accueillent dès le 1^{er} décembre 1910 les malades qui viennent y effectuer, à la journée, sans obligation d'hospitalisation, leur cure d'air et de repos; au rez-de-chaussée, outre les locaux destinés aux consultations, un outillage de radioscopie, une bibliothèque

1. Aron (1972), 426 sq. Inutile, prospectus, règle et exception : Duclaux (1902), 176-77. *Liberalitas/hospitalitas* : Geremek (1987), 38-9.

et une lingerie (pour la désinfection et le blanchissage) complètent le dispositif.²

De celui-ci, Léon Bernard en exposera la conception « absolument nouvelle » lors d'une séance de la SMP en novembre 1913. Il avait en effet réalisé d'emblée le programme fixé par Léon Bourgeois, résumé en une formule définissant le « dispensaire [comme] le centre de notre action prophylactique et le point de mise en mouvement de notre action hospitalière ». A la fonction prophylactique du dispensaire Calmette (dépistage et prophylaxie familiale, éducation hygiénique, triage, répartition des malades sur les services et les établissements spécialisés, enfin assistance, résume Parisot), l'organisme de Laënnec ajoute en effet une fonction organisatrice. Les principes en ont été énoncés dans le « plan d'ensemble » soumis par Léon Bourgeois en février 1906 au Conseil de surveillance de l'A.P. Ce « remarquable rapport, qui restera comme la charte de l'organisation hospitalière en la matière », proposait l'« application rationnelle » des directives établies dix ans auparavant par la Commission Thoinot-Grancher (*supra*, XIII, 5). Introduit au Conseil de surveillance par Gustave Mesureur, le directeur de l'A.P., Léon Bourgeois y apportait, avec sa personne, « la rencontre heureuse de la science médicale et de la science sociale ». Dans ce cercle restreint et ouvert aux réalisations, il traçait dans le cadre des lois existantes (ignorant, rappelons-le, la tuberculose) tout un programme « conforme aux idées défendues à la Commission permanente ». Programme dont la mise en œuvre resterait néanmoins limitée à Laënnec, malgré certains aménagements annoncés à Cochin où un

2. Soucieuse : Landouzy cité par J. Courmont, *AAHS*, 34 (1914), 45. Coût : Mesureur, *AAHS*, avril-juin (1914), 28. Soutiens financiers et directeurs médicaux : Léon Bourgeois : *ibid.*, 29-30; et Léon Bernard (1933b), 343. Sur Edouard Rist (frère de Charles, l'économiste), voir E. Bernard, *BAM*, séance du 19/6/1956. Pendant la guerre, Georges Küss (1868-1937), futur médecin-chef du dispensaire Rockefeller du XIX^e arrondissement, rouvra le dispensaire, fermé faute de personnel : Rist (1955), 143-46; et Hepp, *BAM*, séance du 25/2/1969. Cure de repos journalière sans obligation d'hospitalisation : Léon Bernard, *AAHS*, 34 (1914), 43.

dispensaire devait être construit sur le modèle du dispensaire Léon-Bourgeois.³

« Le dispensaire n'est pas isolé; il se rattache à toute une action d'ensemble, à tout un plan général de lutte contre la tuberculose » : ainsi son promoteur présente-t-il le nouvel organisme lors de son inauguration, le 12 décembre 1913. « Là, ajoute-t-il, est le fait véritablement nouveau. » Au dispensaire — « lieu géométrique » de l'action antituberculeuse — sont rattachés, outre le quartier spécial de Laënnec, le sanatorium d'Angicourt, l'hospice de Brévannes, l'Œuvre Grancher, etc. L'organisation, soulignera Honnorat, est ici « complète »; qualificatif déjà proposé par Chassagne-Guyon le jour de l'inauguration, le dispensaire Léon-Bourgeois réalisant « pour la première fois » l'intégration de tous les instruments de la lutte (dispensaire, quartier spécial, sanatorium, hospice) sous « une direction unique » et en « un seul organisme » s'adaptant à « tous les cas, toutes les formes et toutes les périodes de la maladie ». Le recrutement des malades est censé obéir à de strictes critères à la fois sociologiques et géographiques. La consultation ne reçoit que des malades indigents venus de Paris ou de sa banlieue; mieux, pour la « cure de dispensaire » et l'admission à Brévannes, une circonscription a été établie regroupant les 6^e, 7^e, 13^e, 14^e, 15^e, 16^e et 17^e arrondissements; quant au quartier spécial, seuls y accèdent les malades domiciliés dans une partie des 7^e, 8^e et 16^e arrondissements ainsi que dans les communes de Boulogne, Puteaux et Suresnes. Coutumier des griffonages, lors de la cérémonie Landouzy glisse au président Bourgeois un petit dessin — que celui-ci s'empresse de baptiser « la main de Landouzy » — « qui montre comment, vers chacune des extrémités de ses doigts, rayonne l'action centrale, qui vient non seulement du poignet, mais de la tête et du cœur, pour porter secours au malade, à tous les degrés de la maladie, pour protéger et

³. Léon Bernard, *Rapport sur le dispensaire Léon-Bourgeois* (Paris : Masson, 1913), cité par Honnorat (1916), 73. Centre : Léon Bernard, *AAHS*, 34 (1914), 46. Parisot, *RHPS* (1923), 353. Remarquable rapport : Honnorat (1916), 72; application : *ibid.*, 71. Rencontre : Mesureur, *AAHS*, 34 (1914), 27. Cercle, commission permanente : Léon Bernard, *RPMS*, 6 (1925), 433. Limitée à Laënnec : Honnorat (1916), 73; Cochin : *AAHS*, 34 (1914), 28; sur Cochin, voir vol. 2, « Léon Bernard de profil », 1.

préservé la famille, la maison, le quartier et la ville ». Ce « pouvoir régulateur » du dispensaire, comme parle Raymond Poincaré, capable de donner une « unité administrative et médicale » à tous les services — voilà en somme le leitmotiv des discours officiels. « Au dispensaire, affirme Fuster, tout aboutit, tout repart. » Centralité qui bientôt deviendra la norme de l'organisation préventive, et que le même Fuster exposait devant l'Alliance d'hygiène sociale dès 1905 : « A lui [le dispensaire] viennent de partout, envoyés par toutes les autres institutions, les individus [...] et à son tour, il peut les diriger vers tel hôpital, tel sanatorium, tel bureau de bienfaisance ou société privée de secours ou de placement [...] il ne se substitue à aucune institution, il les complète toutes ». Les Américains eux-mêmes n'auront d'autre doctrine que cette conception du dispensaire comme « cerveau et régulateur central » de l'armement antituberculeux, dans les mots de Léon Bourgeois, comme « gare régulatrice dans le réseau des œuvres, des administrations et des institutions antituberculeuses », dans ceux d'Alexandre Bruno, directeur-adjoint de la Mission Rockefeller à Paris en 1917.⁴

L'analogie de ce dispositif avec le futur secteur psychiatrique saute aux yeux. Loin d'être forcée, elle s'impose d'autant mieux qu'en 1913, justement, dans le sillage du « plan d'ensemble » parisien, Léon Bernard concevra l'organisation d'une sectorisation de la lutte antituberculeuse. Pour son promoteur, le dispensaire Léon-Bourgeois, « organe externe », se veut un « agent actif » dont la mission est de dépister la maladie, « de reconnaître l'invasion sourde à ses débuts ». Ce « veilleur », nous l'avons vu, est en même temps une source de « renseignements circonstanciés ». Soit un système qui dépasse en complexité le simple « rechercher, attirer, retenir » du dispensaire Calmette. Car sa plus grande

⁴. Pas isolé, fait nouveau : Léon Bourgeois, cité par Honnorat (1916), 222. Lieu géométrique : Fuster, *AAHS*, 34 (1914), 2. Complète : Honnorat (1916), 73; et Chassagne-Guyon, *AAHS*, 34 (1914), 25. Recrutement, circonscriptions : Honnorat (1916), 74. Main de Landouzy : Léon Bourgeois, *AAHS*, 34 (1914), 33. Poincaré : *AAHS*, 34 (1914), 35. Tout aboutit, etc. : Fuster, *AAHS*, 34 (1914), 2. Viennent de partout : Fuster, *AAHS*, 1 bis (1905), 59. Cerveau : Léon Bourgeois, *AAHS*, 34 (1914), 27; et Bruno (1925), 60.

originalité est peut-être moins l'organigramme hiérarchisé, tant au plan fonctionnel qu'au plan géographique, au centre duquel se place le dispensaire, que sa fonction typiquement solidariste d'observatoire bio-sociologique. En 1911, le dispensaire de la rue Vaneau fait parvenir au service municipal du casier sanitaire plus d'un millier de fiches signalant tous les logements des tuberculeux qui ont été visités; « mille fiches, explique Léon Bourgeois, ont été ainsi établies, qui sont à la fois des fiches personnelles renseignant le service médical [...] le service administratif sur la situation de la famille, et le service de la Statistique de la Ville sur l'état social du malade, et par conséquent du quartier et de la ville elle-même ». Ainsi le dispensaire n'est-il pas seulement un instrument d'aval, fournisseur de l'hôpital ou du sanatorium, mais également un instrument d'amont, extracteur d'une « véritable information sanitaire » dont, à l'instar de Juillerat, l'on peut, dira-t-il, « déduire » la nécessité d'une action publique.⁵

Toute fiche appelant son fonctionnaire, il va de soi que cette rationalisation de la « connaissance de l'état sanitaire des collectivités » — connaissance qu'installant en 1912 la commission interministérielle de statistique sanitaire Bourgeois déclarera « indispensable pour l'organisation de la lutte contre les maladies sociales », — signifie la substitution d'« infirmières spécialisées » à l'enquêteur ouvrier de Calmette et de Jules Courmont. A cette fin est créée début 1914, sous la présidence de M^{me} de Ganay et en collaboration avec Küss, une Association des infirmières visiteuses de France qui entend mettre à la disposition des médecins, dans les consultations hospitalières, les dispensaires et les sanatoriums, des « missionnaires d'hygiène » chargées d'« assurer dans les familles pauvres l'exécution des prescriptions médicales ». Encore leur rôle ne s'arrête-t-il pas à ces broutilles. Ce sont elles, rapporte Léon Bernard, qui font

⁵. Sectorisation : voir vol. 2, « Léon Bernard de profil ». Organe externe, etc. : Léon Bourgeois cité par Sellier (1928), 42. Veilleur : Léon Bourgeois, *AAHS*, 35 (1914), 23; renseignements : Juillerat cité par Léon Bernard, *AAHS*, 34 (1914), 46. Fonctionnel et géographique : Gautrez cité par Honnorat (1916), 223. Dispensaire et casier sanitaire : Honnorat (1916), 76. Mille fiches, information sanitaire, déduire : Léon Bourgeois, *AAHS*, 34 (1914), 32.

passer les questionnaires dressés par le casier sanitaire; elles qui « incitent les malades à faire désinfecter périodiquement leur logement par les services municipaux ». Amalgamé dans une « systématique » de l'action antituberculeuse, comme parlera Hazemann, le travailleur social ne saurait demeurer un autodidacte. L'image a fait long feu du moniteur d'hygiène-fils du peuple, jusqu'à n'être plus après guerre, à Vanves, que l'« auxiliaire utile de la visiteuse et de l'hygiéniste professionnel ». Laënnec, mais les organismes de M^{lle} Chaptal, Plaisance et la Villette, s'engageront eux aussi dans cette voie, où la Croix-Rouge remplacera bientôt le drapeau de la même couleur. Non sans que les Américains aient porté le coup de grâce à la veine populiste chère à Calmette : en 1913, en effet, dans son rapport sur le dispensaire Léon-Bourgeois, Léon Bernard se gardait bien de trancher encore.⁶

Tableau : *Activité du dispensaire Léon-Bourgeois du 1/12/1910 au 30/6/1913*. Source : Léon Bernard, *AAHS*, 34 (1914), 44-6.

| | nombre de consultants | journées de cure de dispensaire | enquêtes à domicile | placement (Œuvre Grancher) | nombre de signalements |
|------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------|----------------------------|------------------------|
| 1911 | 8 746 | 10 718* | 1 641 | | 1 604 |
| 1912 | 7 195 | 10 076* | 1 900 | 63 | 979 |
| 1913 (6 mois) | 3 609 | 4 636 | 1 455 | 113 | 580 |
| Total | 19 550 | 25 430 | 4 996 | 176 | 3 163 |

* Du 1/12/1910 au 31/12/1911.

Contemplant en 1913 deux ans et demi de fonctionnement du dispensaire, Léon Bernard se montre très satisfait. Le « succès » (22 794 consultants depuis l'ouverture, en ajoutant les 3 244 malades examinés au dispensaire avant d'être dirigés sur l'hôpital ou Brevannes) lui paraît même

6. Commission interministérielle : Léon Bourgeois, *AAHS*, 26 (1912), 94. Courmont et les enquêteurs ouvriers : J. Courmont, le Dispensaire antituberculeux de Lyon, *AAHS*, 34 (1914), 39. Association infirmières visiteuses : L. Guinon, *AAHS*, 35 (1914), 46. Visiteuses et casier sanitaire, désinfection : Léon Bernard (1913), cité par Honnorat (1916), 75. Vanves : Lafosse (1924), 212. Croix-Rouge : Guinon, *AAHS*, 35 (1914), 46. Léon Bernard, 1913 : Sellier (1928), 88. Sur les infirmières-visiteuses, voir vol. 2, « Autocrates dans l'ombre ».

intempestif dans la mesure où un tel organisme doit, pour remplir efficacement son rôle, être « réservé à une clientèle assez limitée ». A première vue, en effet, la population ne boude pas le nouveau dispensaire (*tableau*). En réalité, le rendement paraît bien faible. Le nombre de *consultants* n'atteint en effet qu'un peu plus de la moitié des *décès* tuberculeux à Paris en 1911 (12 000). De même les malades venus *consulter* ne représentent-ils que 0,3% de la population desservie (soit la population parisienne puisque

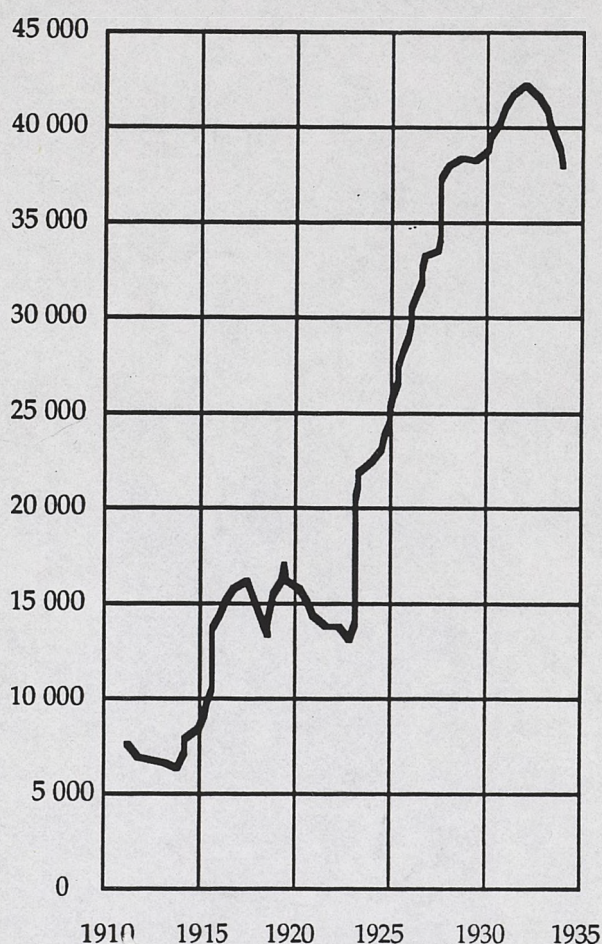


Fig. : Dispensaire Léon-Bourgeois, nombre de malades venus aux consultations de 1911 à 1932. Source : Léon Bernard (1933).

la consultation, à l'encontre du dispensaire, n'est pas sectorisée), taux qu'il faut comparer à celui du dispensaire de Lyon où le nombre des malades *suivis* équivaut, en 1911, à 0,2% de la population desservie (soit les quartiers ouvriers

des 3^e et 4^e arrondissements, sur la rive gauche du Rhône). Autre indice, le nombre de fiches envoyées par le dispensaire au casier sanitaire, s'il représente en 1912 près du tiers de tous les signalements portés à la connaissance de la préfecture de la Seine par l'ensemble des établissements médico-sociaux et des médecins de Paris, ne dépasse pas cependant 6% de la population assistée habitant le secteur couvert par le dispensaire.⁷ Le véritable démarrage interviendra en deux temps, d'abord en 1914-1916, puis après 1923 (fig.).

Le montant des secours distribués par l'organisme parisien est également inférieur à celui des aides octroyées par le dispensaire Calmette à Lille :

Tableau : Secours distribués par les dispensaire Léon-Bourgeois et Emile-Roux en 1911 et 1912 (en francs). Sources : Léon Bernard, *AAHS*, 34 (1914), 44; Rogeaux (1992), annexe 5.3.

| | Léon-Bourgeois | Emile-Roux |
|------|----------------|------------|
| 1911 | 13 176 | 25 567 |
| 1912 | 14 664 | 29 013 |

La dépense journalière par malade est néanmoins à peu près la même à Paris (entre 50 cts et 1,50 francs) et dans le Nord (60 cts en moyenne).

Sans doute Léon Bernard reconnaissait-il *in petto* le très relatif succès du dispensaire Léon-Bourgeois. Mais en 1913 il concoctait un plan de sectorisation antituberculeuse pour toute la région parisienne; le dispensaire Léon-Bourgeois n'était que la première étape d'une politique de plus d'envergure qui, parallèlement au « développement ultérieur de l'œuvre antituberculeuse [...] de l'Assistance publique », allait déboucher après guerre sur la création de l'Office publique d'hygiène sociale de la Seine. 1913, c'était aussi l'année où Léon Bourgeois déposait sur le bureau du Sénat le projet de la future loi de 1916, laquelle tenterait de

7. Succès, clientèle limitée : Léon Bernard, *AAHS*, 34 (1914), 43-4. Lyon : J. Courmont, *AAHS*, 34 (1914), 41. Tiers de tous les signalements : Léon Bernard, *AAHS*, 34 (1914), 46; population assistée : Tableau, par arrondissement, de la population assistée à domicile (secours permanents) au 1^{er} avril 1912, *ASVP* (1911), 528.

des 3^e et 4^e arrondissements, sur la rive gauche du Rhône).
 Autre indice, le nombre de fiches envoyées par le dispensaire
 au casier sanitaire, s'il représente en 1912 près du tiers de tous
 les signalements portés à la connaissance de la préfecture de
 la Seine par l'ensemble des établissements médico-sociaux et
 des médecins de Paris, ne dépasse pas cependant 6% de la
 population assistée habitant le secteur couvert par le
 dispensaire. Le véritable démarrage intervient en deux
 temps, d'abord en 1914-1916, puis après 1922 (fig. 1).

Le montant des secours distribués par l'organisme parisien
 est également inférieur à celui des aides octroyées par le
 dispensaire Calmette à Lille :

Tableau : Secours distribués par le dispensaire Léon
 Bourgeois et Emile-Koux en 1911 et 1912 (en francs). Sources :
 Léon Bernard, A.A.H.S. 34 (1914), 44; Rogez (1982), annexe 5.3.

| | Léon-Bourgeois | Emile-Koux |
|------|----------------|------------|
| 1911 | 13 178 | 25 527 |
| 1912 | 14 684 | 29 013 |

La dépense journalière par malade est néanmoins à peu près
 la même à Paris (entre 50 cts et 1,50 franc) et dans le Nord
 (60 cts en moyenne).

Sans doute Léon Bernard reconnaissait-il in petto le très
 relatif succès du dispensaire Léon-Bourgeois. Mais en 1913 il
 concevait un plan de sectionisation antituberculeuse pour
 toute la région parisienne; le dispensaire Léon-Bourgeois
 n'était que la première étape d'une politique de plus
 d'envergure qui passerait au « développement
 ultérieur de l'œuvre antituberculeuse [...] de l'assistance
 publique », allait déboucher après guerre sur la création de
 l'Office publique d'hygiène sociale de la Seine. 1913, c'était
 aussi l'année où Léon Bourgeois déposait sur le bureau du
 Sénat le projet de la future loi de 1916, laquelle tenterait de

✓ Succès, clientèle limitée : Léon Bernard, A.A.H.S. 34 (1914), 43-4. Lyon ;
 Courmont, A.A.H.S. 34 (1914), 41. Tous les signalements : Léon
 Bernard, A.A.H.S. 34 (1914), 46; population assistée : Tableau par
 arrondissement de la population assistée à domicile (secours permanents)
 au 1^{er} avril 1912, A.S.V.P. (1912), 528.

porter à fruit à l'échelle nationale les principes élaborés en 1906 (*infra*, XVIII). En 1918, le dispensaire Léon-Bourgeois devait d'ailleurs être intégré au nouvel Office pour couvrir les 1^{er}, 2^e et 7^e arrondissements, puis, dix ans plus tard, incorporé dans les services de la chaire de clinique de la tuberculose créée à Laënnec pour Léon Bernard. Au total, il incarne une phase transitoire de la lutte antituberculeuse. Double transition : technique d'abord, la visiteuse se substituant peu à peu au moniteur d'hygiène, politique ensuite, l'objectif d'hygiénisation de la population indigente, — « connaître, assainir, assister, éduquer », la quadruple racine du principe préventif selon Fuster, — primant au début du siècle une médicalisation encore incertaine étant donné la faiblesse des moyens scientifiques et techniques dont disposaient les médecins. Jusque-là simple « amorce » (Léon Bernard *dixit*) de son rôle socio-éducatif, ce n'est qu'après 1925 que, le manque de lits forçant l'évolution, le traitement tendra à devenir l'une des fonctions essentielles du dispensaire.⁸

2. Un malaise persistant : l'isolement des contagieux

En l'absence de prophylaxie spécifique par immunisation individuelle (cas de la vaccination antivariolique) ou de moyens d'assainissement efficaces (purification de l'eau d'alimentation afin de lutter contre la contamination par la fièvre typhoïde), seule la ségrégation sanitaire sera pendant longtemps en mesure de combattre la propagation de certaines maladies comme le choléra ou la fièvre jaune, la diphtérie, la scarlatine, la rougeole et la tuberculose. Dès la fin de l'époque victorienne, l'Angleterre avait fait des hôpitaux municipaux d'isolement, concurremment avec la déclaration obligatoire des maladies contagieuses (1899 : ni la tuberculose ni la syphilis ne sont concernées), le dispositif central de son système de santé publique. Bien différente était la situation en France. Peu avant la guerre, une circulaire du ministère de l'Instruction publique en date du 4 février 1912

⁸. Développement ultérieur : Léon Bernard (1926b), 12. 1918 et 1928 : Léon Bernard (1933b), 343. Sur l'OPHS, voir vol. 2, « Autocrates dans l'ombre ». Fuster apud Honnorat (1916), 149.

fixait la durée d'isolement des malades contagieux, de 16 jours (rougeole, varicelle) à 30 (diphtérie, coqueluche) et 40 jours (variolo, scarlatine, poliomyélite) après le début de la maladie, et de 28 jours (typhoïde et paratyphoïde, dysenterie) à 40 jours (méningite) après la guérison. Les suspects devaient également être isolés, entre 15 (diphtérie) et 28 jours (méningite). La mise en œuvre, toutefois, laissait à désirer. « Il dérive de la nature même des choses, de l'ampleur du problème à résoudre, des contingences morales et sociales qui l'enveloppent, reconnaîtra en 1932 Léon Bernard à propos de la tuberculose, que l'on ne pouvait envisager qu'une réalisation relative et partielle d'un pareil isolement. » A la peur de l'hôpital s'ajoutait celle de la contagion. Le public ne sentait pas l'incohérence qu'il y a à refuser l'hospitalisation tout en conservant chez soi des malades parfois au dernier stade (*supra*, XVI). Toute une tradition, profondément ancrée, n'opposait-elle pas internement et traitement?⁹

C'est bien pourtant la coercition sous sa forme la plus impopulaire — la ségrégation — que les hygiénistes, phtisiologues ou pastoriens, défendent avec véhémence. En 1886, Duclaux avertit que « la sympathie et l'affection, qui justifient et commandent les soins, ne justifient ni ne commandent les imprudences, et n'empêchent pas de prendre les précautions nécessaires vis-à-vis du malade, même des précautions minutieuses et sévères comme celles qui se résument dans son isolement ». Fidèle au dogme, Ichok en 1937 en exagère à la fois les mérites et sous-estime la force de l'opinion hostile. « L'éviction du malade, source de contagion, peut prendre diverses formes, allant de l'interdiction de fréquenter certaines collectivités jusqu'à la séquestration rigoureuse dans des endroits déterminés. Trois exemples illustrent pour le mieux les modalités essentielles de ces façons de protéger la société contre les attentats éventuels à la santé publique : 1^o) isolement pour les élèves d'écoles; 2^o) quarantaine; 3^o) séquestration dans les établissements spéciaux, parfois pour la durée de la vie. Qu'il

⁹. Longtemps la ségrégation sanitaire seule méthode : Ruffié et Sournia (1993), 279. Angleterre : Eyler (1987), 1-3. Circulaire du 4/2/1912 : Lemoine, Hygiène et régime, in Sergent et Ribadeau-Dumas (1921), cité par Trisca [1922], 344-45. Relative et partielle : Léon Bernard (1932), 363. Internement/traitement : Foucault (1972), 325.

s'agisse d'une manière de faire appel à la bonne volonté, ou bien d'un procédé qui nécessite le concours d'un appareil policier de contrôle et de surveillance, le principe est le même : l'individu malade est éloigné de l'ensemble de la population, ou d'une de ses couches particulièrement exposées, pour que tout contact contaminant soit rendu impossible. Plus le danger est grave, d'autant moins laisse-t-on de liberté au porteur de germes qui, déjà prisonnier de son mal, devient en plus celui de l'autorité qui lui enlève toute possibilité de nuire. » Et de rappeler que l'arrêté du 13 février 1912, modifié le 13 juillet 1927, prévoyait « à titre de premier degré d'isolement sur l'échelle de coercition, celui des écoliers¹⁰ ».

Redevenue un geste médical avec les succès de la science des microbes, la ségrégation va se hausser au niveau d'un dogme avec la découverte, entre 1884 (diphtérie) et 1902 (typhoïde), du porteur sain. Tout logiquement, la lèpre offre alors un modèle pour l'épidémiologie historique de la tuberculose. Les deux maladies ne sont-elles pas causées par deux bacilles presque indiscernables? leurs modes de transmission ne sont-ils pas très proches? Au sujet de l'une et l'autre s'opposent les partisans de la contagion et ceux de l'hérédité, et l'on débat pour savoir si leurs déclin sont dus ou non à la ségrégation des malades. « Ce n'est pas une peste, écrit Etienne Burnet à propos de la tuberculose, c'est une lèpre. » Comme pour celle-ci, plus qu'à guérir l'individu la tuberculose exige une médecine des populations visant à éteindre les foyers de contagion. La notion de porteur sain étend cette stratégie à d'autres maladies transmissibles. En 1907, Mary Mallon, une cuisinière d'origine irlandaise, était arrêtée au domicile de ses patrons, soupçonnée quoiqu'en bonne santé d'avoir transmis la fièvre typhoïde dans sept des huit familles chez qui elle avait été employée. Maintenu en détention par les services d'hygiène de New York dans un pavillon d'isolement, libérée en 1910, arrêtée à nouveau en 1915, elle restera isolée jusqu'à sa mort en 1938 après avoir passé vingt-six ans et demi au total confinée dans un hôpital pour contagieux. Dès 1916, à New York, les règlements s'appliquant aux malades contagieux étaient étendus à la

10. Duclaux (1886), 241. Ichok (1937 b), 133-34. Voir du même (1925), 267.

surveillance des porteurs de germes; les employés de la restauration étaient soumis à un contrôle médical et bactériologique avant embauche. La médicalisation passe ici par une ségrégation qui est aussi une ségrégation sociale (*supra*, XIII et XIV). Et certes, l'on était en France attaché au diagnostic précoce autant qu'à l'isolement.¹¹ Mais, pour un Duclaux, un Roux, un Ichok ou un Léon Bernard, le second n'en demeurerait pas moins le levier essentiel de toute prévention.

Plus nombreux aux Etats-Unis qu'en Europe, les partisans de l'isolement des contagieux étaient cependant fort loin d'être majoritaires. En Grande-Bretagne, Newsholme, qui pouvait se prévaloir d'excellents résultats à Brighton grâce à la combinaison de la déclaration de la tuberculose et de la ségrégation des malades en sanatorium, avait fort à faire avec les partisans de la sanitation, ennemis de toute mesure de force. De même en France où nombre de médecins, à l'instar de Rochard, conseillaient la persuasion plutôt que l'obligation. Au comité consultatif, Brouardel ne recommandait l'isolement qu'à titre de mesure transitoire, nécessaire tant que l'état de la science ne permettrait pas de se prémunir contre les maladies contagieuses par des méthodes moins rigoureuses. L'emploi des moyens antiseptiques dans les maternités n'avait-il pas rendu inutile le système d'isolement inventé par Tarnier pour lutter contre l'infection puerpérale? « Nous sommes condamnés à l'isolement simple, déclarait Brouardel, tant que les procédés de désinfection ou ceux qui doivent les employer ne nous inspireront pas toute confiance. » Duclaux lui-même ne laissait pas d'être ambigu. Recommander l'isolement au domicile du malade n'avait que peu de choses à voir avec son transport dans un établissement spécialisé : l'isolement au domicile n'était qu'un « pis-aller ». Newsholme devait le démontrer en 1908, l'ascension de la mortalité tuberculeuse en Irlande, aberrante par rapport au déclin de la courbe en

11. Porteur sain : Leavitt (1992), 613-15. Tuberculose et lèpre : Wilson (1990), 373, 384; E. Burnet, *RH* 5/1935, 337. Peste/lèpre : E. Burnet, *RH* 10/1933, 586, 599. Médecine des populations : E. Burnet, *RH* 5/1935, 336. « Typhoid Mary » : Leavitt (1992), 615-17; règlements sanitaires : *ibid.*, 623; ségrégation sociale : *ibid.*, 626. Diagnostic précoce : L'accent est quelque peu différent en Angleterre : Wilson (1992), 33.

Angleterre et au Pays de Galles, s'expliquait dans l'exacte mesure où les tuberculeux irlandais, à l'inverse des malades anglais enfermés dans les infirmeries des *workhouses* (distincts des hospices depuis 1853, celles-ci rassemblaient en 1911 60% de tous les lits de tuberculeux du royaume), demeuraient soignés à domicile.¹² Les malades laissés au sein de leurs familles avaient tout loisir de répandre leurs bacilles parmi leur entourage, tandis que l'internement mettait un obstacle physique à la propagation du mal.

Par le fait, l'isolement, en théorie absolu et rigoureux, n'était pas sans révéler certaines défaillances. La ségrégation est massivement le fait des *workhouses* (seuls 2% des tuberculeux diagnostiqués en 1911, 11% en 1935, sont dirigés vers les sanatoriums), or la mortalité, à Londres, y dépasse la moitié des admis en 1908; 122 sur les 695 Boards of Guardians (conseils d'administration de la loi sur les pauvres) se sont occupés d'isoler les tuberculeux des autres pensionnaires. Outre les risques non négligeables de surinfection engendrés par la mauvaise organisation des quartiers spéciaux, les nombreux « cas de retour » (des scarlatineux ou des diphtériques rechutant sitôt rentrés de l'hôpital ou du « sanatorium », ainsi qu'on appelait les hôpitaux d'isolement) insinuaient le doute, au tournant du siècle, quant au bien-fondé de la politique de ségrégation. L'ignorance de l'étiologie de certaines fièvres comme la scarlatine, — et donc le caractère douteux de nombreux diagnostics, — plus que le désordre de ces services en était en réalité responsable. Newsholme lui-même regarde alors l'isolement des syphilitiques relevant de la Poor Law comme une mesure injustifiée au point de vue épidémiologique. L'opinion médicale paraissait troublée, et avec elle le public.¹³

12. Europe : Dubrisay et Napias, Enquête sur les hôpitaux d'isolement en Europe [Grande-Bretagne exclue], *RH*, 9 (1887), 406-46. Partisans de la sanitation : Wilson (1990), 376-77; voir également Eyler (1987), 7-8. Brouardel, *CCHP*, 18 (1888), III-IV. Pis-aller : Ichok (1925), 268. Newsholme : Wilson (1990), 383; id. (1992), 24; 1853 : MacDonagh (1977), 119; 1911 : Bryder (1988), 32.

13. 1911 et 1935 : Tomes (1989), 472; mortalité à Londres, Boards of Guardians : Bryder (1988), 32-33. Eyler (1987), 3-6 et 19-20. Newsholme (1927), 99, 106-07.

A quel point, du reste, était odieuse aux familles la « séquestration obligatoire », organiquement liée dans la mémoire populaire à l'oppression sociale, nul mieux que Jules Rochard ne l'a observé. Lorsque la déclaration, écrivait-il en 1888, « aurait pour résultat de faire arracher un malade à sa famille, pour le transporter de force dans un hôpital ou dans une maison de santé, ce serait autre chose, et je n'engagerais pas le confrère qui se serait acquitté de cette obligation à retourner ensuite dans la maison [...] Tous ceux qui sont allés porter leurs soins dans les quartiers pauvres, en temps d'épidémie, savent avec quels sentiments d'hostilité ils y ont été accueillis, ce serait bien pis si leur visite pouvait avoir pour effet l'enlèvement des malades et leur transport dans un établissement qui inspirerait naturellement la terreur ». La violence du refus populaire forcerait la puissance publique à se constituer sur le pied d'une véritable dictature. « Quant à la séquestration obligatoire, quant à l'enlèvement des malades de leur domicile, malgré les parents, c'est une des mesures qu'un gouvernement fort, très obéi, ayant en main une police solide, pourrait peut-être se permettre... » Rochard fait le diagnostic de l'opinion, et c'est un diagnostic politique : l'isolement des contagieux est un luxe qu'un régime libéral ne peut s'offrir. Constat identique des hygiénistes américains au cours des années 1930 : le nombre en augmentation rapide des porteurs sains reconnus et surveillés (plusieurs milliers pour la fièvre typhoïde, des dizaines et même des centaines de milliers pour d'autres affections comme la diphtérie) eût impliqué des internements en masse, politiquement et économiquement intolérables.¹⁴

Encore l'attitude du public n'est-elle pas seule en cause. Isoler supposait des lits dont la France ne disposait pas. Rivés à leurs traits d'archaïsme, les administrations hospitalières et les médecins poursuivaient avec une sorte d'automatisme une politique de réticence aux effets on ne peut plus négatifs. Pourtant, à partir de 1875, certains phthisiologues avaient demandé que fussent créés des pavillons spécialisés; les 15

¹⁴. Rochard (1888), 522; sur le rapport historique de l'hygiène et de la répression, voir Geremek (1987), 180. 1930 : Leavitt (1992), 626-27.

juin 1901 et 15 janvier 1904, le gouvernement enjoignait pour sa part aux établissements de soins d'ouvrir des services d'isolement pour contagieux. De faibles progrès n'étaient enregistrés qu'à Paris où l'on avait ouvert deux services d'isolement pour les tuberculeux bacillaires, à Boucicaut et à Lariboisière (respectivement 35 et 144 malades sur les 900 à 1 000 phtisiques indigents hospitalisés à Paris), avec des résultats au reste fort décevants puisque la proportion des décès par rapport aux admissions y atteignait en 1897-98 près de 30%, « effrayante proportion ». Et tandis qu'outre-Manche les collectivités locales entreprenaient dès le milieu des années 1890 une politique substantielle de construction d'hôpitaux spéciaux, au seuil de la guerre, en France, le bilan apparaît désolant. « Sauf de très rares exceptions, l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux n'a pas été réalisé, en dépit des instructions ministérielles », avoue Léon Bernard. En 1909, 50 hôpitaux sur les 150 auxquels s'applique cette mesure avaient ouvert des locaux affectés aux tuberculeux. D'une manière générale, le système hospitalier se montrait extrêmement défaillant sous le rapport de l'isolement. Sur les 360 localités visitées par les inspecteurs du ministère de l'Intérieur, 160 seulement étaient dotées de pavillons spéciaux; une trentaine d'autres avaient néanmoins mis en chantier des installations *ad hoc*. Au reste, les équipements existants étaient loin de répondre aux normes de la prophylaxie. Nombre de pavillons étaient mitoyens avec des maternités et communiquaient même parfois avec celles-ci, comme à Autun, Cognac ou Vierzon. Ailleurs, le service d'isolement n'était si éloigné parfois qu'en raison de l'énorme distance séparant ce pavillon des autres bâtiments de l'hôpital, ce qui faisait « un prétexte pour ne pas l'utiliser » : ainsi à Aurillac et à Mirecourt. D'autres fois c'est l'exiguïté des locaux qui en diminuait notablement l'utilité : à Autun (15 000 habitants), quatre chambres à un lit, à Blois (24 000 habitants), deux chambres de deux lits chacune... On est loin des 39 000 lits d'isolement (pour 43 000 lits dans les hôpitaux généraux) que compte l'Angleterre en 1913! « La notion de l'isolement est encore si incomplètement admise dans les milieux hospitaliers, écrivait l'inspecteur général Paul Faivre, qu'on n'utilise même pas les locaux restreints dont on dispose. » L'insuffisance des annexes (chambres d'infirmières, vestiaires, salles de bains), les modes de construction (poutres apparentes, parquets, etc.) étaient

emprunts, eux aussi, de cette fureur d'improvisation bâclée.¹⁵

Et bien sûr l'organisation tâchait à se montrer digne en tout point de ce désordre. A Châteauroux, le service d'isolement était l'apanage exclusif des militaires; à Dax, Rodez et Saumur, il était resté inoccupé depuis son ouverture, soit depuis trois, cinq et deux ans. A Bergerac, les tuberculeux étaient logés dans le pavillon d'isolement... mais pas les scarlatineux; à Espalion, deux idiots et un épileptique en constituaient les seuls locataires. L'on y trouvait des vieillards, des incurables, parfois l'on se proposait d'y installer l'orphelinat; à Saint-Jean-d'Angely, le jardinier de l'hôpital partageait le service avec la visite des prostituées. Quelques localités faisaient preuve d'un sens de la prophylaxie rehaussé par un sens non moins prononcé de la fête : à Rochefort, par exemple, la « salle des hommes [du service des contagieux] servait de dépôt depuis dix-huit mois à un encombrant matériel de feu d'artifice placé là par la ville¹⁶ ».

La situation des hôpitaux-hospices, ainsi qu'il se doit, était encore plus sombre. En ce début de XX^e siècle persistent le refus d'aérer, l'entassement, la résistance à la désinfection si caractéristiques des hôpitaux du siècle précédent. Des malades atteints d'affections transmissibles très différentes étaient entassés pêle-mêle dans les quelques salles faisant fonction de service d'isolement, assez dispersées en général « de manière qu'il n'y ait pas un service proprement dit de contagieux »; au reste fréquemment situées dans les combles, dépourvues d'aménagement spécial et où « il était exceptionnel qu'il y ait une salle de bains ». Quant au mobilier, armoires ou commodes, fauteuils rembourrés et lits à baldaquin, il était souvent impossible à désinfecter. Et n'oublions pas les localités, plus nombreuses encore, privées de tout service

15. 1875 : Coury et Rullière (1974), 389. Circulaires 1901 et 1904 : Faivre (1910-1911), 341. Boucicaud et Lariboisière : Letulle, *BSMP*, t. 21 (1898), 196-97. Eyler (1987), 2. Léon Bernard cité par Honorat (1917 b), 157. 1909, etc. : Faivre (1910-1911), 341. Faivre (1910-1911), 335-36. 1890, lits d'isolement en 1913 (typhoïde, variole et hôpitaux maritimes) : Eyler (1987), 2.

16. Faivre (1910-1911), 336-37.

spécialisé. Parmi ces dernières, l'on était « surpris de trouver les hôpitaux de villes importantes » : Boulogne et Cherbourg (villes maritimes), Dijon, Quimper, Vannes, Avallon, Valence, Bastia, Draguignan, etc. A Lille, deux salles sont réservées aux tuberculeux à Saint-Sauveur, six lits d'hommes et six de femmes (pavillon ouvert en 1900); l'isolement y est assez « platonique », les contagieux n'y sont séparés des autres malades que durant la nuit. On remplit tous les lits libres. En 1900, la municipalité tentera en vain d'imposer aux hospices lillois la construction d'un hôpital pour tuberculeux; nouvel échec en février 1914, la décision du conseil municipal demeurant sans suite.¹⁷

Rien d'étonnant à ce que les cas de contagion hospitalière ne fussent pas rares. A Paris, 134 cas sur 942 malades dans une salle commune de l'hôpital Hérold. Seul l'hôpital Pasteur avait à cette époque réalisé l'isolement individuel complet grâce au « box Pasteur », cellule-chambre entièrement fermée de 2 mètres 75 sur 3 mètres 45. De 1900 à 1904, Louis Martin n'avait eu à y déplorer que 8 cas de contagion; l'on décomptait 29 décès sur 874 rougeoles, soit 3,3%, entre 1900 et 1909. Mais ailleurs, la solidarité des microbes jouait à plein. Dans une ville de l'Est, le médecin avait dû recevoir dans une salle commune deux contagieuses, atteintes respectivement de scarlatine et de fièvre typhoïde. « Ces deux femmes placées dans des lits contigus guérissent toutes deux de l'affection pour laquelle elles étaient entrées, mais, au cours de leur convalescence, celle qui avait eu la scarlatine prit la fièvre typhoïde, et celle qui avait eu la fièvre typhoïde prit la scarlatine, qu'elle transmit à son tour à sa voisine de lit. » L'infection ne sévissait pas seulement à l'intérieur des enceintes hospitalières. En 1907, l'on s'inquiétait à Marseille de la multiplication des cas de variole au voisinage de l'hôpital de la Conception où étaient traités des varioleux.¹⁸

17. Siècle précédent : Corbin (1986), 252-53. Faivre (1910-1911), 336-38. Lille : Rogeaux (1992), 359-60.

18. Hôpital Hérold, Pasteur : Ichok (1925), 268; le box Pasteur sera adopté par les hôpitaux anglais et américains au cours de la première décennie du siècle : Eyler (1987), 23. Faivre (1910-1911), 338-39.

Durant la guerre, on se promet de « résoudre le problème » et d'offrir aux malades que l'on ne dirigerait pas vers le sanatorium « le lit d'hôpital qui les isolera de leur milieu et des autres malades et réduira au minimum les chances de contamination qu'ils portent virtuellement en eux ». Mais les administrations et les pouvoirs publics s'armeraient de toile cirée et de silence pour laisser glisser sur eux le fardeau de la réglementation. En 1937, encore, l'on se plaint que « les dispositions du décret du 14 août 1914 relatives à l'isolement à domicile et hors du domicile [soient] trop souvent méconnues ». La commission d'hygiène du Sénat, deux ans plus tôt, a élargi ces mêmes dispositions et prévu l'isolement d'office, d'où la nécessité d'« aménager dans les hôpitaux des services d'isolement convenables », ce qui, semble-t-il, n'était toujours pas le cas.¹⁹

Comment s'étonner, dans ces conditions, que le peuple manifestât une fâcheuse tendance à refuser le transport? « Nos hôpitaux suent la tuberculose. » *Dès qu'on tombe malade à Paris, on tombe mort*, prononçait la Sévigné. « En vérité, écume à deux siècles de distance Maurice Letulle, chef de service à Boucicaut, un peuple pris de démence voudrait faire périr par tuberculose tous ses condamnés à mort qu'il ne trouverait pas de meilleurs procédés ni de plus efficaces supplices; il lui suffirait de les enfermer quelque temps dans nos hôpitaux de Paris. » Le problème de la ségrégation est un problème-charnière, un problème-repère, la ligne d'étape dans l'évolution qui conduira le système préventif vers la modernité. Il en résume toutes les difficultés. « L'idée directrice, la dominante », la prophylaxie dans nos hôpitaux a la prépondérance sur le traitement, elle « plane comme une loi qui sévit contre le tuberculeux ». Or, « quelle manifestation plus déplorable que l'isolement *sans cure?* » assène le même en 1903. « Elle représente pour le public une mesure policière dont la cruauté éclate aux yeux des moins clairvoyants. » Ne revenons pas sur le privilège accordé au sanatorium au détriment de l'hospitalisation; et n'insistons pas non plus sur les fausses conceptions cliniques de la maladie séparant « radicalement » les tuberculeux en

19. Résoudre le problème, virtuellement en eux : Honnorat (1917b), 158. Leclainche, MS 4/1937 (hors-série), 15.

curables et incurables. (La « sentimentalité légitime qui honore la médecine et les administrations françaises », selon Léon Bernard, avait rejeté le nom d'hôpitaux d'incurables adopté dans certaines villes d'Amérique du Nord et préféré le titre — mensonger — d'hôpital-sanatorium.) Quoiqu'un décret du 10 août 1920, interprétatif de la loi de 1919, ait réservé les sanatoriums à tous les malades « pouvant être soignés utilement », ces établissements n'étaient ouverts qu'aux curables, malades en état de trêve et non fébriles, écartant ainsi certains malades contagieux mais admettant des sujets présentant des troubles fonctionnels dont l'étiologie tuberculeuse était incertaine. Puisque c'est ici l'opinion qui nous occupe, arrêtons-nous plutôt sur les obstacles soulevés par les mentalités. La résistance à l'isolement traduit les ondes de choc qui bouleversent les idées, les opinions, les références mentales où s'expriment les attitudes face à la contagion. Ces réticences, toutefois, ne sont peut-être pas entièrement redevables à des raisons psychologiques. Pour « le plus grand nombre » des malades, c'est l'impossibilité matérielle d'abandonner une famille dont ils représentent le seul soutien, ou bien encore le manque de lits et l'absence de soins, voire la discipline de caserne régnant dans les établissements, qui les conduisent à fuir l'isolement. « Trop souvent, écrit Ichok en 1925, malheureusement dans les classes pauvres, pour des raisons multiples, l'isolement devient impossible. » Non seulement à l'hôpital, mais également au domicile en raison de l'exiguïté des logements. Par où l'on voit, une fois encore, combien futile apparaît la prétention d'instituer la prévention avant tout système de protection sociale (véritable catalyseur de la politique d'équipements, ainsi que le montrent les cas de l'Allemagne et de la Grande-Bretagne), comme ne cessaient d'ailleurs de le répéter les médecins hygiénistes qui, tel Letulle en 1912, liaient l'obligation de traitement (déclaration et hospitalisation) à l'octroi de compensations financières pour les malades et leurs familles.²⁰

20. Suer la tuberculose : d'un mot du professeur Terrier [qui tenait dans les années 1896-97 la statistique particulière des employés de l'hôpital Bichat], cité par Sellier (1928), 19. Letulle : cité par Strauss (1900), 135. Letulle, La lutte antituberculeuse et l'anarchie médicale, *PM*, 21 (1903), cité par Bretheau (1904), 18. Nom d'hôpitaux d'incurables : Léon Bernard

Quant au milieu hospitalier, le fonctionnement intermittent des services de contagieux (seules quelques grandes villes en assurent la permanence) s'explique par des problèmes d'intendance, mais surtout par la méconnaissance « plus ou moins volontaire » de leur utilité. « Nous n'avons jamais de cas de malades contagieux », s'entendront dire « souvent » les inspecteurs en tournée. La négligence avec laquelle sont tenus les registres matricules des hospitalisés n'est pas le dernier mot en cette affaire. « La vérité est que l'isolement des contagieux n'est pas encore entré dans la pratique hospitalière. » Les maternités feraient peut-être exception à la règle, n'était qu'en 1932 encore l'on réclamera l'organisation de sections pour les mères tuberculeuses afin d'isoler les enfants dès leur naissance. Par ailleurs, recrutement et formation des personnels laissent cruellement à désirer. La séparation d'avec les infirmières ou les servants attachés à d'autres services « n'est souvent que relative, très relative », l'utilité du sarrau protecteur est ignorée, « certaines infirmières croiraient, en se soumettant à cette mesure, faire preuve de pusillanimité ». De même, prévu par la loi du 5 avril 1884 (articles 97, 99 et 104), le transport des contagieux n'est assuré par des voitures spéciales que dans quelques grandes villes, Bordeaux, Montpellier, Marseille, le Mans; partout ailleurs les malades se rendent à l'hôpital en voitures particulières ou par l'omnibus. Bref, « incompétence et absence de précautions » face à la contagion, telles sont les caractéristiques très remarquables du milieu hospitalier d'avant la Première Guerre mondiale; lenteur et mollesse des réformes, celles des hôpitaux de la période ultérieure. Comme les praticiens, les hospitaliers voient d'un œil de blâme des mesures de santé publique portant atteinte à leur autorité sur les patients.²¹

(1932), 365. Privilège du sana : Dequidt (1932), 221; Ichok (1925), 245. Radicalement : Léon Bernard (1932), 364, 375; Lert (1980), 122. Décret du 10/8/1920 : Dequidt (1932), 221. Plus grand nombre : G. Guinon, Note sur le fonctionnement du dispensaire, apud Sellier et Rousselle (1920), 88-91. Absence de soins : Lert (1980), 122. Discipline de caserne : voir Worboys, in Pickstone (1992), 58, 63; et pour la France, Dessertine et Faure, *PTC*, 233. Ichok (1925), 268. Catalyseur : Worboys in Pickstone (1992), 52-3.

²¹ Faivre (1910-1911), 339-40. Maternités : Léon Bernard (1932), 376. Loi du 5/4/1884 : A.-J. Martin, [1889], 271. Hospitaliers : Tomes (1989), 471.

3. Déclin de la mortalité tuberculeuse : le retard français

Il était dans la fatalité de ces habitudes négatives, non seulement de faciliter la propagation de la contagion, mais encore de s'opposer au dépistage des malades. Le sanatorium, dans ce domaine, eût pu rendre d'utiles services; la détection des nouveaux cas exigeait de toute façon que soient solidement rivées déclaration et hospitalisation, que soient « intimement liés », dit Ichok, dépistage et isolement. « Logiquement, écrivait Honnorat en 1917, le dispensaire appelle le sanatorium à sa suite [...] à côté du dispensaire, un établissement d'hospitalisation est indispensable : le sanatorium traitera et guérira les malades que le dispensaire aura découverts et lui aura envoyés. » Excellent principe — défendu avec force par Newsholme en Angleterre, — qui donnait prise toutefois à des mécanismes psychologiques intempestifs. Lier strictement hospitalisation et déclaration était cause, en effet, que cette dernière avait tant de mal à s'imposer et que son efficacité fût si décevante. Déclarer signifierait peut-être pour le patient l'hospitalisation : inconvénient doublement dissuasif.²²

Manque de lits, normes insuffisantes au plan médical dans les sanatoriums, réactions négatives de l'opinion, tout converge pour faire bientôt du dispensaire la cheville ouvrière du dispositif préventif, aux dépens de l'hôpital et du sanatorium. Principal pourvoyeur de diagnostics en ce qui concerne les maladies sociales telles que la tuberculose, il était censé d'abord suppléer à l'inexécution de la déclaration, puis, à mesure des transformations des moyens diagnostiques (radioscopie, tests tuberculiniques, examens de crachats) et des progrès du traitement (pneumothorax, chirurgie), prendre en charge une partie du travail thérapeutique. « L'insuffisance des disponibilités en lits de tuberculeux (lits hospitaliers et lits de sanatoriums) nous impose l'obligation du traitement ambulatoire », concluait

22. Utiles services : Wilson (1992), 36. Intimement liés : Ichok (1925), 267; voir aussi Newsholme cité par Wilson (1990), 377; et Newsholme (1927), 99. Honnorat (1917 b), 102. Inconvénient : Smith (1988), 68-9.

3. Déclin de la mortalité tuberculeuse : le retard français

Il était dans la fatalité de ces habitudes négatives, non seulement de faciliter la propagation de la contagion, mais encore de s'opposer au dépistage des malades. Le sanatorium, dans ce domaine, eût pu rendre d'utiles services; la détection des nouveaux cas exigeait de toute façon que soient soigneusement livrés à déclaration et hospitalisation, que soient « intimement liés », dit Jochek, dépistage et isolement. L'opinion, écrivait Honnorat en 1917, le dispensaire, un appelle le sanatorium à sa suite [...] à côté du dispensaire, un établissement d'hospitalisation est indispensable : le sanatorium traite et guérit les malades que le dispensaire aura découverts et lui aura envoyés. » Excellent principe — défendu avec force par Newsholme en Angleterre — qui donnait prise toutefois à des mécanismes psychologiques intempêtes. L'extrême hospitalisation et déclaration était cause, en effet, que cette dernière avait tant de mal à s'imposer et que son efficacité fut si décevante. Déclarer signifiait peut-être pour le patient l'hospitalisation; inconvenient doublement dissuasif.

Manque de ces normes insuffisantes au plan médical dans les sanatoriums, réactions négatives de l'opinion, tout converge pour faire bien sûr du dispensaire la cheville ouvrière du dispositif préventif, aux dépens de l'hôpital et du sanatorium. Principal pourvoyeur de diagnostics en ce qui concerne les maladies sociales telles que la tuberculose, il était censé d'abord suppléer à l'insuffisance de la déclaration, puis, à mesure des transformations des moyens diagnostiques (radioscopie, tests tuberculiques, examens de crachats) et des progrès du traitement (pneumothorax chirurgical), prendre en charge une partie du travail thérapeutique. « L'insuffisance des disponibilités en lits de tuberculeux (lits hospitaliers et lits de sanatoriums) nous impose l'obligation du traitement ambulatoire », concluait

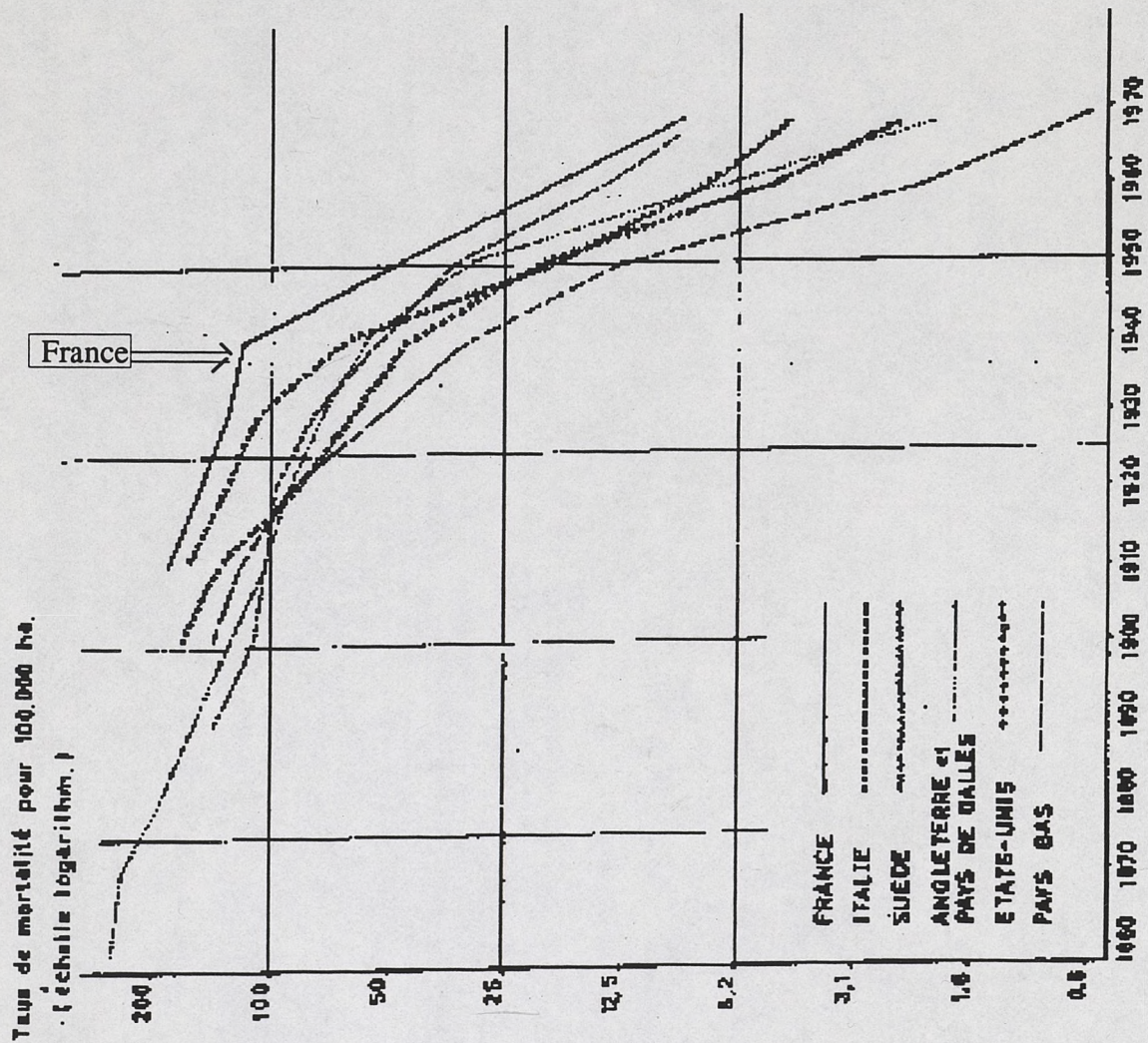
22. Utiles services : Wilson (1902), 36. Intimement liés : Jochek (1922), 267; voir aussi Newsholme cité par Wilson (1906), 277; et Newsholme (1922), 99. Honnorat (1917 b), 102. Inconvenient : Smith (1988), 62-9.

Léon Bernard en 1932.²³ Le dispensaire ne faisait pas tout le système antituberculeux, mais il en constituait la donnée principale et permanente. Il en était le phénomène inducteur, constant et progressif, à la fois le moyen et l'objectif de la politique de prévention. Or cette impossibilité de réveiller la France au bois dormant de son récri funeste à l'encontre de l'isolement n'a-t-elle pas obéré dangereusement l'efficacité de la lutte contre la maladie?

On sait que la chute de la mortalité tuberculeuse a enregistré, en France, un retard persistant jusque dans les années 1970 par rapport à d'autres pays européens comme l'Angleterre, les Pays-Bas, l'Italie ou la Suède, ou encore par rapport aux Etats-Unis (*fig.* [Coury, III, 207]). Sans revenir sur le débat actuel relatif aux causes du déclin historique de la tuberculose dans le monde occidental, rappelons seulement que partout où cette déclinaison semble un mouvement durable l'on trouve une relation constante entre la diminution du nombre des décès et l'augmentation du nombre de lits disponibles pour l'hospitalisation des malades contagieux. Bien entendu, avant la découverte des antibiotiques, l'efficacité du traitement ne saurait être invoquée; le facteur crucial — et d'ailleurs avancé comme tel par l'Assistance publique — est ici l'isolement des malades à un stade avancé faisant obstacle à la propagation du mal. Avant l'introduction des médicaments antibacillaires, c'est bien la ségrégation qui explique le mieux la chute de la mortalité. Le BCG, les radiographies de masse sont mesures trop tardives pour être prises en compte, et surtout pour justifier *l'écart chronologique* entre la France et ses voisins,

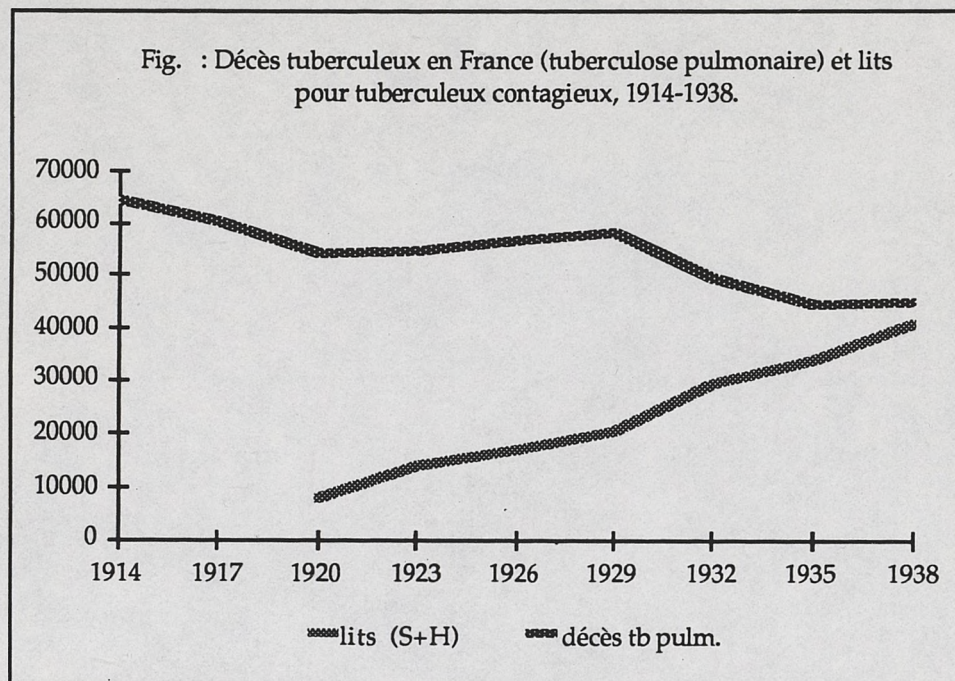
23. Manque de lits : Léon Bernard (1932), 369. Normes : sur la densité médicale dans les sanatoriums français (un médecin pour 100 lits) inférieure à celle d'autres pays européens, voir Lert (1980), 125. Pourvoyeur : Smith (1988), 71. Suppléer l'inexécution de la déclaration : E. Burnet, *RH* 10/1933, 589. Léon Bernard (1932), 371-72.

Fig. : Evolution de la mortalité par tuberculose pulmonaire de 1860 à 1970 en Europe et aux Etats-Unis.
Source : Coury (1972), 207.



écart souligné en 1916 par Fuster. Dans l'état présent du débat, la frontière entre les bonnes et les moins bonnes performances sur le terrain de la lutte antituberculeuse semble passer entre les pays où la prévention a recouru, plus ou moins massivement, à l'isolement (Grande-Bretagne, New York, Minnesota, Allemagne) et ceux où les malades en phase contagieuse étaient, pour diverses raisons, insuffisance des disponibilités en lits ou délais de placement, laissés dans le milieu familial (France, Irlande). Le retard français serait au reste inexplicable si l'on s'en tenait à la seule hypothèse d'un déclin de la mortalité spécifique dû à l'amélioration des conditions de vie (habitat et alimentation), cette « défense par la civilisation » à laquelle l'épidémiologie historique, de Neander à McKeown et Record, et la pensée hygiéniste en général, depuis les *Annales d'hygiène publique*, en passant par K. F. H. Marx (Göttingen) et Benjamin Richardson, l'auteur d'*Hygeia*, se montraient si attachées. Outre le caractère difficilement mesurable de l'incidence de ces variables sur les cas individuels, on ne saurait dire que la France se soit trouvée à cet égard dans une situation défavorable. La situation du logement demeure difficile, mais, à l'exception des agriculteurs, les classes populaires ont vu leur alimentation s'améliorer en quantité et en qualité entre 1910-13 et 1929-31, et l'on sait par ailleurs que, durant la crise, les « Français, dans leur ensemble, ont été mieux nourris qu'à toute autre époque. » La situation alimentaire de la France n'explique pas pourquoi le déclin de la mortalité tuberculeuse y fut plus lent que chez ses voisins anglais ou allemands qu'on ne saurait supposer mieux nourris. Par contre, si l'on admet, avec Leonard Wilson, l'influence déterminante des mesures médicales et sanitaires, alors le retard français perd quelque peu de son mystère. Le manque de lits, l'insuffisance et l'inadéquation de la politique sanatoriale, expliquent assez bien les moindres performances de la lutte antituberculeuse au pays de Pasteur (*fig.*). Au demeurant, la crise de l'hospitalisation, comme on sait, ne touche pas la seule tuberculose mais d'autres maladies transmissibles dont, à l'exception de la diphtérie, la régression, du moins avant le premier conflit mondial, apparaît comme fort lente (*supra*, Introduction, *fig. 1*).²⁴

24. Relation décès/lits : Wilson (1990), 386, 391, 395; id. (1992), 17-8.



L'une des conséquences de cette crise a été d'imposer (le mot est de Léon Bernard) le « choix » du traitement ambulatoire, auquel la médecine préventive a attribué une place raisonnée, qui toutefois n'exclut pas certains excursions au-

Ségrégation explique chute de la moralité : Smith (1988), 238-39; Wilson (1990), 386. Avancé comme tel : Letulle, *Bull. SMP*, t. 21 (1898), 200. BCG, radiographies : Smith (1988), 240, 244. Neander, *Acta tub. scandinavia* (1928), III, fasc. 3-4, cité par E. Burnet, *RH*, 55 (1933), 600-01; McKeown et Record (1962); Bérard (1826) : voir Ackerknecht (1948a), 140-41; K.F.H. Marx, *Ueber die Abnahme der Krankheiten durch Zunahme der Zivilisation* (édition anglaise, Londres, 1844); Richardson, *Hygeia, a city of health* (Londres : 1876) : sur ces deux derniers auteurs, voir Stevenson (1955), 5. Sur la tendance de l'épidémiologie à mettre en avant les facteurs favorisant de sous-nutrition, de pauvreté et de mauvaises conditions d'hygiène, voir Worboys in Pickstone (1992), 51. Sur le recours massif à l'isolement en Grande-Bretagne, notamment pour les affections contagieuses aiguës, voir Eyler (1987), 9-16. Allemagne : Mitchell (1991), 64. Cas individuels : Smith (1988), 240. Alimentation : Sauvy (1984), II, 64, 72, 76. France, Allemagne, Grande-Bretagne et hypothèse alimentaire : Mitchell (1990), 403. Moindres performances : Lert (1980), 132-33, conclut dans le même sens. Lente régression des maladies transmissibles : Biraben, in Dupâquier, IV (1988), 265.

delà du raisonnable. Sous la plume du titulaire de la chaire de clinique antituberculeuse, le dispensaire, nous l'avons vu, devient un véritable organe de substitution à l'hospitalisation défaillante, tant sous le rapport prophylactique que thérapeutique. Le pneumothorax artificiel, en particulier, introduit en France par Kuss et Dumarest en 1908 mais dont l'indication, rarissime dans les sanatoriums du Nord par exemple peu avant 1914, ne s'étend qu'à partir de 1930, non seulement « accroît chaque jour » le nombre de malades à traiter (à la clinique de l'hôpital Laënnec, en 1932, 360 à 400 insufflations par semaine sont pratiquées sur la clientèle ambulatoire), mais encore prolonge le temps d'application du traitement. Vu l'insuffisance des capacités d'hospitalisation, ce sont d'ailleurs les dispensaires qui se voient chargés de ces soins en plus de leurs tâches prophylactiques. Au début des années 1920, la durée moyenne de fréquentation des dispensaires était (en Angleterre) de six à huit mois à raison d'une consultation tous les quinze jours ou tous les mois. Avec la collapsothérapie (contre-indiquée dans certains cas et non exempte d'effets adverses), les malades se trouvent soumis aux réinsufflations pendant au moins deux ans, parfois « quatre ans et même plus ». Aux « traitements d'attaque » (lésions évolutives) pour lesquels l'hospitalisation est nécessaire, ces « thérapeutiques actives » juxtaposent des « traitements d'entretien » qui « peuvent durer des mois et des années ». Selon Léon Bernard, le pneumothorax amènerait 20% de guérisons et 55% de résultats favorables. C'est dire si le traitement ambulatoire présente à ses yeux de nombreux avantages : « avantage moral » comme ne disloquant pas le foyer familial, « avantage social » comme permettant aux malades de continuer à travailler, « avantage économique » comme étant d'un coût minime en comparaison des frais entraînés par l'hospitalisation. Semblables arguments avaient cours en Angleterre un peu avant la guerre (d'ailleurs aisément « retournés » à leur profit par les partisans de l'isolement), et il n'est pas impossible que Léon Bernard, toujours très au fait de l'actualité anglaise, s'en soit inspiré.²⁵ Poursuivant une

²⁵. Léon Bernard (1932), 374; également Lert (1980), 118. Pneumothrax, etc. : Léon Bernard (1932), 367-74; 1908, 1930 : Lert (1980), 33; sanatoriums du

partie qu'il ne pouvait abandonner et qu'il était assuré de perdre, c'était bien là, pour le « pape » de la phtisiologie française, faire choix du maintien à domicile des malades, avec tous les risques inhérents de contamination de leur entourage. L'interrogation est inévitable : ce principe de dualité, ce système tronqué, où dépistage et hospitalisation s'harmonisent mal, n'ont-ils pas dévoyé le dispensaire qui, dès lors chargé d'une mission qu'il n'était pas à même de remplir, s'est révélé en définitive une stratégie plus préjudiciable qu'utile?

Sans doute a-t-on toutes les raisons de se méfier, sur ce terrain difficile, des vues trop sommaires. Symbiose de progrès et d'archaïsme, cette surestimation forcée du dispensaire n'en fait pas moins de la France un cas original, l'inverse du modèle suivi en Grande-Bretagne où le dispensaire certes a joui, à partir de 1910, d'un préjugé légèrement favorable à mesure que l'échec thérapeutique du sanatorium était mis en lumière par les statistiques, mais où le sanatorium (et avec lui l'hospitalisation sur le traitement ambulatoire) n'en a pas moins fini par peser davantage à la faveur de son intégration dans le cadre légal et financier de l'assurance-maladie, le National Health Insurance Act voté en 1911. Tant les raisons extra-médicales, réactions de l'opinion, sociologie des médecins phtisiologues (presque tous médecins de sanatorium en Angleterre), ou modes de prise en charge, prennent ici une part peut-être décisive aux stratégies que la médecine met en œuvre. La toute-puissante routine, en même temps qu'elle délivrait médecins et administrateurs de l'obligation de prendre des décisions, a sans doute conforté le public dans ses terreurs vis-à-vis de l'hospitalisation. De là des vertus non exercées. Car, faisant chorus avec cette inertie, l'on peut se demander si l'immobilisme des pouvoirs publics n'a pas abouti en fin de compte à dévoyer la logique médicale vers une voie de moindre résistance — le dispensaire — qui était aussi une voie de moindre efficacité...²⁶

Nord : Rogeaux (1992), 65. Fréquentation moyenne : Smith (1988), 72. Angleterre : Worboys in Pickstone (1992), 64; et Eyler (1987), 18.

²⁶ Worboys in Pickstone (1992), 65, 69; hospitalisation au détriment de la prévention en Grande-Bretagne : Webster (1988), 8. Sur la routine, voir Braudel (1991), 12-3.

INDEX DES REFERENCES

AAHS : *Annales*, puis *Bulletin de l'Alliance d'hygiène sociale*.

ACKERKNECHT E., Hygiene in France, 1815-1848, *Bull. of the Hist. of Med.* 22 (1948), 117-55 [1948a].

AHP : *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*.

AIP : Archives de l'Institut Pasteur (Papiers Albert Calmette).

ARMAINGAUD, l'Organisation de la lutte sociale contre la tuberculose à Bordeaux et dans la Gironde, *Ann. All. hyg. soc.*, 3 (1905).• — Rapport sur l'abaissement de la mortalité tuberculeuse à Paris (1888-1903), *CPPt*, II (1905-1907), 36^e séance (1906).

ARNOULD J., *la Désinfection publique* (Paris: J. Rueff et Cie, s.d. [1893]).

ARON R., *Etudes politiques* (Paris : Gallimard, 1972).

ASVP : *Annuaire statistique de la Ville de Paris*.

BAM : *Bulletin de l'Académie de médecine*

BARDET J. P. et coll., *Peurs et terreurs face à la contagion* (Paris : Fayard, 1988).

BAUBEROT J., L'action sociale du pasteur Elie Gounelle à la Solidarité de Roubaix, *Bull. de la Sté de l'Hist. du Protest.fr.*, 2, 229-256, et 3, 401-437 (1974).

BERNANOS G., *Ecrits de combat* (Paris : Gallimard-Pléiade, 1971).

BERNARD L., *Léon Bourgeois et la lutte contre la tuberculose* (Paris : Masson, 1926 et 1926b).• — Influence des progrès du diagnostic, du traitement et de la prophylaxie de la tuberculose sur l'organisation de la lutte antituberculeuse, *RPMS*, XIII (juil.-août 1932).• — le Dispensaire Léon-Bourgeois et la chaire de clinique de la tuberculose de la Faculté de médecine de Paris, *RMF*, 4 (1933), 343 [1933b].

BERNARD N., *la Vie et l'œuvre de Albert Calmette, 1863-1933* (Paris : Albin Michel, 1961).• — et NEGRE L., *Albert Calmette. Sa vie, son œuvre scientifique* (Paris : Masson, 1939).

BERTILLON J., De la mortalité parisienne à chaque groupe d'âge pendant le XIX^e siècle, *ASVP* (1903), 136-41.

BONNEFF L. et M., *la Vie tragique des travailleurs* (Paris : Marcel Rivière, 1914), éd. revue et augmentée (rééditée en 1984, Paris : EDI, avec une préface de M. Perrot).

BOURGEOIS L., *Rapport au nom de la Commission de la tuberculose au Conseil de surveillance de l'Assistance publique* (1906).• — Discours d'ouverture du Congrès de Paris [de l'Alliance d'hygiène sociale], 14-15 mai 1913, *AAHS*, 31 (1913a).• — Discours à l'ouverture de la 11^e Conférence internationale contre la tuberculose, Berlin, 22 au 26 octobre 1913, *AAHS*, 34 (4-6/1914 a).

BOUVIER J. et coll. in BRAUDEL et LABROUSSE, *Histoire économique et sociale de la France*, IV (Paris : PUF, 1979).

BRAUDEL F., *la Dynamique du capitalisme* (Paris : Champs-Flammarion, 1991).

BRETHEAU R., *Les dispensaires antituberculeux. Leur rôle hygiénique et social* (Châteauroux : Imp. A. Mellottée, 1904).

BROUARDEL P., Exposé de la question, *Commission de la tuberculose...* (Paris : Masson, 1900). • — La lutte internationale contre la tuberculose, *AHP* (1901). • — Conférence publiée dans le *Bull. méd. et admin.* du Dispensaire général de Lyon, 14, n°167-68 (1903c), MIP, Inv. 28169. • — La lutte contre la tuberculose, *RPh*, 15 (1904b).

BROUARDEL G. et ARNAUD J., Ce que la tuberculose coûte chaque année à la France, *BAM.*, CIX (14/2/1933), 208-14.

BRUNO A., la Mission américaine Rockefeller en France et l'effort français, 1917-1925 (Thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1925).

BRYDER L., *Below the Magic Mountain. A social history of tuberculosis in twentieth-century Britain* (Oxford : Clarendon Press, 1988).

B S M P : Bulletin de la Société de médecine publique.

BURNET E., Vue d'ensemble sur le tuberculose, maladie sociale, *RH*, 55 (1933). • — Médecine expérimentale et médecine sociale, *RH*, 57 (1935).

BURNOD P., L'orientation sociale du Tiers-ordre franciscain en France et la fraternité des hommes de Roubaix (1883-1901), *Mélanges de sciences religieuses*, 38 (1981).

BUTLER S., *Erewhon* [1872] (Paris : Gallimard-L'imaginaire, 1981).

CALMETTE A., Dispensaires pour tuberculeux, in *Commission de la tuberculose. Moyens pratiques de la combattre*, P. Brouardel (éd.) (Paris : Masson, 1900). • — les Dispensaires tuberculeux urbains et leur rôle dans la prophylaxie de la tuberculose [cité : Calmette, copie dactyl. (1901)], dont l'article *RH*, 23 (1901) est la version augmentée, Institut, fonds Waldeck-Rousseau, ms 4609, chemise 7. • — Communication à la Conférence internationale de la Tuberculose de Berlin (octobre 1902), dactyl., (AIP). • — avec le Dr Verhaeghe et Woehrel, Les dispensaires antituberculeux et leur rôle dans la lutte sociale contre la tuberculose, *la Lutte antituberculeuse*, IV, 1 (1903a) • — Verhaeghe et Woehrel, Le dispensaire Emile Roux de Lille — Deuxième rapport, *la Lutte antituberculeuse* (1903b). • — *la Lutte contre la tuberculose à Cambrai* (Cambrai : Régnier, 1909). • — le Dispensaire Emile-Roux, de Lille, et la défense sociale antituberculeuse, *AAHS*, 34 (1914). • — (1933).

CASSEDY J.H., *Charles V. Chapin and the public health movement* (Cambridge : Harvard University Press, 1962).

CCHP : Recueil des actes officiels et des travaux du Comité consultatif, puis Conseil d'hygiène publique de France.

CLI, Commission des logements insalubres, *Rapports 1851-1892* (Paris : Imprimerie de l'école municipale Estienne, 1895) [1895a]. • — *Rapports 1884-1889* (Paris : 1895) [1895b].

COPPENS A., le Conflit entre l'Institut Pasteur de Lille et le corps médical, extrait des *Ann. de la policlin. de Lille*, n°2 (1901), 16 p.

- CORBIN A., *le Miasme et la jonquille* (Paris : Champs-Flammarion, 1986).
- COURY C., *Grandeur et déclin d'une maladie. La tuberculose au cours des âges* (Suresnes : Lepetit, 1972). • — et RULLIERE R., les Premiers hôpitaux spéciaux pour tuberculeux, 23^e Congrès d'histoire de la médecine, Londres, 1972, *Proceedings*, vol. 1 (1974), 386-90.
CPPT : Commission de la tuberculose, *Moyens pratiques de combattre la tuberculose* (Paris : Masson, 1900). • — Ministère de l'Intérieur (Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques), *Recueil des travaux de la commission permanente de préservation contre la tuberculose*, I (1903-05), II (1905-07), III (1908-10), IV (1910-13) (Melun : Imp. admin.).
- DEDONDER R., Emile Roux, *Bull. Inst. Pasteur*, 82 (1984).
- DEQUIDT G., *la Lutte antituberculeuse*, rapport présenté par l'IGS (Melun : Imp. admin., 1932).
- DESSERTINE D. et FAURE O., *Combattre la tuberculose* (Lyon : PUL, 1988).
- DESTOUCHES [CELINE] L.-F., A propos du service sanitaire des usines Ford à Détroit, *Cahiers Céline*, 3 (Paris : Gallimard, 1977).
- DUBOIS P., le Solidarisme, thèse pour le doctorat de 3^e cycle, Lille II (1985).
- DUBOS R. et J., *The White Plague. Tuberculosis, man and society* (Londres : Gollancz, 1953). • — DUBOS R., *Louis Pasteur, franc-tireur de la science* (Paris : PUF, 1955).
- DUCLAUX E., *le Microbe et la maladie* (Paris : Masson, 1886). • — *l'Hygiène sociale* (Paris : Alcan, 1902).
- DUHAMEL G., *La Chronique des Pasquiers, VI — les Maîtres* (Paris : Mercure de France, 1937), Livre de Poche (1965); cité aussi dans l'édition Gallimard-Folio, 1974 .
- DUJARRIC DE LA RIVIERE R., Emile Roux (1853-1933), *les Biographies médicales, Revue mensuelle illustrée*, 13^e année, n^o7 (octobre 1939).
- DUPAQUIER J. et coll., *Histoire de la population française*, 3. de 1789 à 1914, et 4. de 1914 à nos jours (Paris : PUF, 1988).
- DUPUY J.-P., *le Sacrifice et l'envie. Le libéralisme aux prises avec la justice sociale* (Paris : Calmann-Lévy, 1992).
- EYLER J., *Victorian social medicine : the ideas and methods of William Farr* (Baltimore : Johns Hopkins Press, 1979). • — *Scarlet fever and confinement : the Edwardian debate over isolation hospitals*, *Bull. Hist. Med.*, 61 (1987), 1-24.
- FAISANS L., Les dispensaires antituberculeux, CPPT, III (1908-1910), séance du 27/6/1908.
- FAIVRE P., Isolement des contagieux dans les hôpitaux (in Rapport général de l'inspection du ministère de l'Intérieur sur sa tournée de 1909), *RPh*, 28 (1910-1911), 335 sq.
- FAURE E., *la Banqueroute de Law* (Paris : Gallimard, 1977).
- FILLASSIER A., De quelques causes de décès à Paris de 1893 à 1912 inclus. Peut-on y remédier? Commission de surveillance et de perfectionnement du bureau d'hygiène de la Ville de Paris, rapport à M. le Préfet de la Seine par le Service de la statistique municipale (Préfecture de la Seine : direction des affaires municipales, 11 octobre 1913).

FLEURY M. de, *Pasteur et les pastoriens* (Paris : Rueff, 1895).

FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique* (Paris : Gallimard, 1972). • — *Histoire de la sexualité, 3, le Souci de soi* (Paris : Gallimard, 1984).

FROTTIER L., Les dispensaires antituberculeux, *la Rev. méd. de Normandie*, 22, 25/11/1901.

FUSTER E., Mutualité et tuberculose, *AAHS*, 3/1905. • — La municipalisation de la lutte antituberculeuse en Ecosse, *RH*, 28 (1906). • — Observations préliminaires sur un programme minimum de défense antituberculeuse, *CPPT*, IV (1911-1913), séance du 6/12/1913.

GAGE T., The Decline of mortality in England and Wales 1861 to 1964 : decomposition by cause of death and component of mortality, *Populations studies*, 47 (1993).

GEREMEK B., *la Potence et la pitié* (Paris : Gallimard, 1987).

GIBERT J. H., *Création d'un Bureau d'Hygiène Municipal. Proposition faite par les Docteurs Gibert, Fauvel et Lafaurie dans la séance du 11 février 1878* (Havre : Imp. Brindeau, 1878a).

GMP : *Gazette médicale de Paris*.

GODARD J., La Situation démographique à Paris en 1929, *Bull. doc. de l'Union des Caisses d'ass. soc. de la R.P.*, 2^e an., 30 (1935).

GOUBERT J.P. et REY R., *Atlas de la révolution française, 7 : médecine et santé* (Paris : Editions de l'EHESS, 1993).

GUERIN M., Notice nécrologique sur M. Malvoz (1862-1938), *BAM*, 120 (1938), séance du 22/11/1938.

GUERRAND R.-H., *Mémoires du métro* (Paris : la Table Ronde, 1961).

GUILLEMIN H., *l'Arrière-pensée de Jaurès* (Paris : Gallimard, 1966).

HALEVY E., *Histoire du socialisme européen* (Paris : Gallimard, 1948).

HILAIRE Y.M., Les ouvriers de la région du Nord devant l'Eglise catholique (XIX^e et XX^e siècles), *le Mouvement social*, 10-12/1966. • — *Une chrétienté au XIX^e siècle? La vie religieuse des populations du diocèse d'Arras, 1840-1914* (Université de Lille III, 1977).

HONNORAT A., *J.O., Doc. parlem., Chambre, Annexe n° 1863 à la séance du 29/2/1916.* • — *J.O., Doc. parlem., Chambre, Annexe n° 3653 à la séance du 26/7/1917* (1917b).

ICHOK G., *la Protection sociale de la santé. L'action médico-sociale. Organisation, documentation, bibliographie.* (Paris : Marcel Rivière, 1925). • — la Notion d'obligation dans la protection de la santé publique, *Bio. méd.*, 27 (1937), 127-50 [1937b].

JORLAND G., *la Science dans la philosophie* (Paris : Gallimard, 1981).

JUILLERAT P., *Une institution nécessaire : le casier sanitaire des maisons* (Paris : J. Rousset, 1906). • — et BONNIER L., *la Tuberculose et l'habitation, rapport présenté au Congrès international de la tuberculose, Paris, octobre 1905* (Paris : Masson, 1905).

KAYNE G., *The Control of tuberculosis in England. Past and present* (Londres : Oxford University Press, 1937).

KNIBIEHLER Y. (dir.), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française, 1880-1980* (Paris : Hachette, 1984).

KUNITZ S., Speculations on the European mortality decline, *Econ. Hist. Rev.*, 36 (1983).

LA BERGE A., Edwin Chadwick and the French connection, *Bull. Hist. Med.*, 62 (1988).

LAFOSSE G., Trois intéressantes expériences sanitaires : Framingham, Jumet, Vanves, *RPHM*, 3 (1924), et 5 (1924).

LAGRANGE E., *Monsieur Roux* (Bruxelles : Goemaere, 1954).

LAMBERT R.J., *Sir John Simon 1816-1904 and English social administration* (Londres : Mac Gibbon and Kee, 1963).

LAMY B., Données actuelles sur la désinfection, *MS 4/1937* (hors-série consacré à l'épidémiologie et à la désinfection, travaux du congrès d'hygiène d'octobre 1936).

LANDOUZY L., *Exposé des titres et travaux scientifiques du D^r Louis Landouzy* (Paris : Alcan, 1890). • — *la Lutte contre la tuberculose, maladie de misère, contagieuse, évitable, curable* (Paris : Imp. de la Cour d'appel, 1902). • — *La tuberculose, maladie sociale*, Conférence faite à la Sorbonne le 5/3/1903 sous le patronage de la Société des Amis de l'Université, sous la présidence de Casimir Périer assisté de Gréard, Recteur honoraire, et des professeurs, Doyen, Debove, Joffroy et Lavis (Levallois-Perret, Imp. Wellhoff et Roche, 3/1903). • — *Cent ans de phtisiologie (1808-1908). Notice historique* (Paris : Masson, 1908). • —
le

Rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie de la tuberculose; les moyens de défense sociale contre la tuberculose, *RT*, IX, 7-8 (1912).

LANDRY A., *Edouard Fuster*, Extrait des *Documents du Travail*, *Bulletin mensuel de l'Association française pour le progrès social* (1935).

LAROY J.-B., La lutte contre la tuberculose à Lille (de 1900 à 1910) thèse méd. (Tourcoing : Imp. George Frères, 1911).

LEAVITT J., « Typhoid Mary » stricken back. Bacteriological theory and practice in early twentieth-century public health, *Isis*, 83 (1992), 608-29.

LERT F., Emergence et devenir d'un système de prévention : le système de prise en charge de la tuberculose (thèse pour le doctorat de 3^e cycle, Paris IX, 1980), 240 p., dactyl.

LEVRAT G., Dispensaires anti-tuberculeux, Extrait du *Lyon médical*, 24/11 et 1/12/1901 (Lyon : Association typographique, 1901).

LOIR A., A l'ombre de Pasteur; l'hygiène vue par Pasteur, *MS 3/1938*.

MACDONAGH O., *Early Victorian government, 1830-1870* (Londres : Weidenfeld and Nicolson, 1977).

MALVOZ E., La prophylaxie de la tuberculose, maladie populaire, X^e Congrès international d'hygiène et de démographie réuni à Paris en 1900 (Paris : Masson, 1900).

MARTIAL R., *l'Ouvrier, son hygiène, son atelier, son habitation* (Paris : Doin, 1909).

MARTIN A.-J., *Etude sur l'administration sanitaire civile à l'étranger* (Paris : Masson, 1884c).• — *Des Epidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements* (Lyon-Paris : Storck et Steinheil, s.d.) [1889].• — Ville de Paris, Préfecture de la Seine, Direction des Affaires municipales, *Service municipal de désinfection* (Paris : Imprimerie de la Cour d'appel, 1900).

MARTIN du GARD R., *Journal, I, 1892-1919* (Paris : Gallimard, 1992).

McBRIDE D., The Henry Phipps Institute, 1903-1937 : pionering tuberculosis work with an urban minority, *Bull. Hist. Med.*, 61 (1987).

McKEOWN Th., *The Modern Rise of Population* (Londres, 1976).• — et RECORD R.G., Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century, *Populations Studies*, XVI (1962).

MESNIL M. F., Notice nécrologique sur Emile Roux, extrait du *BAM*, 41 (1933).

MIP : Musée de l'Institut Pasteur (papiers Albert Calmette).

MITCHELL A., The Municipal Council of Paris and the problems of public welfare in France (1885-1914), *Francia*, 14 (1987).• — Obsessive questions and faint answers : the French response to tuberculosis in the Belle Epoque, *BHM*, 62 (1988).• — An inexact science : the statistics of tuberculosis in late nineteenth-century France, *Soc. Hist. of Med.*, 3 (1990).• — *The Divided path : the German influence on social reform in France after 1870* (Chapel Hill : The University of North Carolina Press, 1991).

MOINE M., le Risque tuberculeux chez l'individu, dans la famille et dans la collectivité, s.d. [c. 1940-41] (Arch. Ministère Aff. soc., SAN 7788 : Propagation de la tuberculose, généralités).

MONOD H., *Note sur le projet de dédoublement du bureau de l'hygiène publique* (Melun : Imp. admin., s.d. [1894]).• — la Santé publique (Législation sanitaire de la France) (Paris : Hachette, 1904a).

MS : le Mouvement sanitaire.

MURARD L. et ZYLBERMAN P., les "Murs qui tuent", *les Cahiers médico-sociaux* (Genève), 27^e année, 4 (1983), 285-294.

NEWSHOLME A., *Health problems in organized society* (Londres : King, 1927).

PARISOT J., la Tuberculose dans la région lorraine. Pourquoi il faut intensifier la lutte contre ce fléau social, *RHPS*, 11/1922.

PAUL H., *From knowledge to power. The rise of science empire in France, 1860-1939* (Cambridge : Cambridge University Press, 1985).

PELLING M., *Cholera, fever and English medicine, 1825-1865* (Oxford : Clarendon Press, 1978).

PICKSTONE J. (ed.), *Medical innovations in historical perspective* (Londres : Macmillan, 1992).

PIERY M. et ROSHEM J., *Histoire de la tuberculose* (Paris : Doin, 1931).

PHILONENKO A., *Jean-Jacques Rousseau et la pensée du malheur* (Paris : Vrin, 1984).

POLANYI K., *la Grande transformation* (Paris : Gallimard, 1983).

PTC : voir BARDET et coll.

PM : *la Presse médicale*.

RECH, L. Murard et P. Zylberman (textes réunis par), *l'Haleine des faubourgs. Ville, habitat et santé au dixième siècle, Recherches*, 29 (1977).

REGAUD C., *Emile Roux 1853-1933* (Paris : Fondation Curie, s.d.).

RENON L., *les Maladies populaires. Maladies vénériennes, alcoolisme, tuberculose* (Paris : Masson, 1905).

RH : *Revue d'hygiène et de police sanitaire*.

RHPS : *Revue d'hygiène et de prophylaxie sociale*.

RIST E., *Vingt-cinq portraits de médecins français 1900-1950* (Paris : Masson, 1955).

ROBIN A., *Un essai d'organisation économique de la lutte contre la tuberculose. L'Office antituberculeux Jacques Siegfried et Albert Robin à l'hôpital Beaujon — 2^e exercice 1906*, extrait du *Bull. gén. de thérap.* (Paris : Doin, 1908), MIP, Inv. 28189.

ROBIN L., *la Pensée hellénique des origines à Epicure* (Paris : PUF, 1967).

ROCHARD J., *Traité d'hygiène sociale* (Paris : Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, 1888).

ROGEAUX N., *la Lutte contre la tuberculose à Lille, 1895-1940*, thèse de l'Ecole des Chartes, 1992, 3 vols.

RORTY R., *Science et solidarité* (Paris : l'Eclat, 1990).

ROUSSILLAT J., *la Vie et l'œuvre de Joseph Grancher* (Guéret : 1964).

RPh : *Revue philanthropique*.

RPMS : *Revue de physiologie médico-sociale*.

RUFFIE J. et SOURNIA J. C., *les Epidémies dans l'histoire de l'homme* (Paris : Flammarion, 1993).

SAMAILE J., Albert Calmette, *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 82 (1984).

SAUVY A. et HIRSCH A., *Histoire économique de la France entre les deux guerres* (Paris : Economica, 1984), II.

SCHUMPETER J., *Histoire de l'analyse économique* (Paris : Gallimard, 1983), 3 vols.

SELLIER H., *la Lutte contre la tuberculose dans la région parisienne (1896-1927). Le rôle de l'Office public d'hygiène sociale. Son organisation; bilan de l'action prophylactique et sociale; études statistiques; budget, rapport présenté au conseil général de la Seine, décembre 1927* (Paris : Imprimerie municipale, 1928). • — et ROUSSELLE H., *l'Office public d'hygiène social du département de la Seine et la lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne, rapport présenté au conseil général de la Seine, décembre 1920* (Paris : Imprimerie municipale, 1920).

SERGENT et RIBADEAU-DUMAS, *Traité de pathologie médicale* (Paris : Maloine, 1921), t. XXVIII.

SMITH F. B., *The retreat of tuberculosis 1850-1950* (Londres, New York : Croom Helm, 1988).

SMP : Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (puis de génie sanitaire).

STARR P., *The Social transformation of American medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry* (New-York : Basic Books, 1982).

STEVENSON L., Science down the drain : on the hostility of certain sanitarians to animal experimentation, bacteriology and immunology, *Bull. Hist. Med.*, 29 (1955), 1-26.

STRAUSS P., La lutte contre la tuberculose, *RPh*, 7 (1900). • — *la Croisade sanitaire* (Paris : Charpentier, 1902). • — *le Logement populaire* (Paris : Fasquelle, 1913). • — et FILLASSIER A., *Loi sur la protection de la santé publique. Travaux législatifs. Guide pratique et commentaire* (Paris : Rousset, 1905), 2^e ed.

SWART K., *The Sense of decadence in nineteenth-century France* (La Haye : Martinus Nijhoff, 1964).

TOMES N., The Private side of public health : sanitary science, domestic hygiene, and the germ theory, 1870-1900, *Bull. Hist. Med.*, 64 (1990), 509-39.

TRISCA P., *Aperçu sur l'histoire de la médecine préventive* (Paris : Maloine, s.d. [1922]). • — *les Médecins sociologues et hommes d'Etat* (Paris : Alcan, 1923).

TROLARD, *l'Institut Pasteur d'Alger. Sa fondation, sa réorganisation, mon expulsion* (Alger : Fontana, 1910).

VAILLARD, Rôle de l'Académie de médecine dans l'évolution de l'hygiène publique, 1820-1920, *BAM*, 84 (1920).

VALLIN J. et MESLE F., *les Causes de décès en France de 1925 à 1978* (Paris : PUF, 1988).

VEYNE P., *Sénèque* (Paris : Laffont-Bouquins, 1993).

WEBER M., *l'Ethique protestante et l'esprit du capitalisme* (Paris : Plon, 1964).

WEBSTER Ch., *The health services since the war* (Londres : HMSO, 1988), I.

WEINDLING P., *Health, race and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945* (Cambridge : Cambridge University Press, 1989).

WILLIAMS B., *l'Ethique et les limites de la philosophie* (Paris : Gallimard, 1990).

WILSON L., The Historical decline of tuberculosis in Europe and America : its causes and significance, *The J. of the Hist. of Med. and al. sc.*, 45 (1990). • — The Rise and fall of tuberculosis in Minnesota : the role of infection, *Bull. Hist. of Med.*, 66 (1992), 16-52.

WINSLOW C.-E. A., *The Evolution and significance of modern public health* (New Haven : Yale U.P., 1923). • — *The Conquest of epidemic disease. A chapter in the history of ideas* (Princeton : Princeton University Press, 1943).

WORBOYS : voir PICKSTONE.

