



Destouches avant Céline : le taylorisme et le sort de l'utopie hygiéniste. (Une lecture des écrits médicaux des années vingt)

Philippe Roussin

► To cite this version:

Philippe Roussin. Destouches avant Céline : le taylorisme et le sort de l'utopie hygiéniste. (Une lecture des écrits médicaux des années vingt). Sciences Sociales et Santé, 1988, 6, pp.5 - 48. 10.3406/sosan.1988.1101 . hal-03173544

HAL Id: hal-03173544

<https://hal.science/hal-03173544>

Submitted on 18 Mar 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.

Destouches avant Céline : le taylorisme et le sort de l'utopie
hygiéniste. (Une lecture des écrits médicaux des années vingt)
Philippe Roussin

Citer ce document / Cite this document :

Roussin Philippe. Destouches avant Céline : le taylorisme et le sort de l'utopie hygiéniste. (Une lecture des écrits médicaux des années vingt). In: Sciences sociales et santé. Volume 6, n°3-4, 1988. pp. 5-48;

doi : <https://doi.org/10.3406/sosan.1988.1101>

https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1988_num_6_3_1101

Fichier pdf généré le 31/03/2018

Resumen

Philippe Roussin : Destouches antes de Céline : el taylorismo y la suerte de la utopía higienista (una lectura de los escritos médicos de los años veinte).

El propósito del artículo es la puesta en perspectiva de los escritos higienistas de Louis-Ferdinand Destouches (1894-1961) contemporáneos de los debates de los años 20 sobre el taylorismo y el fordismo. Interroga algunas de las vías de penetración en Francia de las tesis norteamericanas en materia de racionalización médica. Esta, contra la medicina liberal, está pensada aquí a partir de los « modelos » ofrecidos por la racionalización industrial, los cuales conducen a proponer definiciones de la salud y de la enfermedad referidas esencialmente al mundo de la producción. Igualmente el artículo es una contribución a la genealogía del discurso social y utópico del novelista en que se convertirá Destouches bajo el seudónimo de Céline.

Résumé

Philippe Roussin : Destouches avant Céline : le taylorisme et le sort de l'utopie hygiéniste (une lecture des écrits médicaux des années 20).

L'article se propose de mettre en perspective les écrits hygiénistes de Louis-Ferdinand Destouches (1894-1961) contemporains des débats des années 20 sur le taylorisme et le fordisme. Il interroge quelques-unes des voies de pénétration en France des thèses nord-américaines en matière de rationalisation médicale. Celle-ci, contre la médecine libérale, est ici pensée à partir des « modèles » offerts par la rationalisation industrielle, lesquels conduisent à proposer des définitions de la santé et de la maladie essentiellement référées au monde de la production. L'article est également une contribution à la généalogie du discours social et utopique du romancier que devait devenir Destouches sous le pseudonyme de Céline.

Abstract

Philippe Roussin: Destouches before Céline: Taylorism and the Fate of the Hygienist Utopia (an interpretation of medical writings in the twenties).

The article attempts to put into perspective the hygienist writings of Louis-Ferdinand Destouches (1894-1961), who witnessed the debates of the twenties on Taylorism and Fordism. It raises questions about the way in which North American theses penetrated into France in the field of medical rationalization. This, in opposition to liberal medicine, is approached from industrial rationalization "models". These lead to the proposing of definitions of illness and health which essentially refer to the world of production. The article also contributes to the genealogy of the social and utopian discourse of the novelist that Destouches was to become under the nom de plume of Céline.

DESTOUCHES AVANT CÉLINE :
LE TAYLORISME ET LE SORT DE L'UTOPIE HYGIÉNISTE
(UNE LECTURE DES ÉCRITS MÉDICAUX DES ANNÉES VINGT)

Philippe Roussin *

Les écrits médicaux de L.-F. Céline (1894-1961) constituent l'objet spécifique de cette étude. Pour être précis, il convient d'ailleurs de ne parler que de Louis-Ferdinand Destouches, Céline étant, comme on le sait, le pseudonyme que l'écrivain s'est donné en 1932 lorsqu'il a fait paraître *Voyage au bout de la nuit*, son premier roman, tandis que les articles, mémoires, notes dont il est ici question ont été rédigés entre 1925 et 1933, au cours des années où Destouches poursuivait et comptait réussir une carrière d'hygiéniste (1). Cette précision appelle plusieurs remarques sur la méthode suivie et la définition du corpus. Littéraire par son origine disciplinaire, cette étude s'attache à des textes : leur interprétation nécessite leur mise en rapport et leur confrontation avec d'autres séries non textuelles, en particulier historiques, sans quoi ces produits de la conjoncture seraient difficilement intelligibles, mais leur lecture demeure l'objet dernier de l'analyse et l'unité du corpus corrige l'apparence de dispersion thématique : ce travail porte essentiellement sur les textes de médecine sociale (2).

* Philippe Roussin, littéraire, CERMES-CRAL (Centre de Recherche Médecine, Maladie et Sciences Sociales - Centre de Recherche sur les Arts et le Langage), 201 rue de Vaugirard, 75015 Paris.

(1) La version initiale de cet article a fait l'objet d'une communication présentée lors du séminaire franco-soviétique consacré aux « Enjeux symboliques et sociaux de la santé », organisé à l'initiative de la Maison des Sciences de l'Homme et de l'Académie des Sciences d'URSS à Moscou, du 12 au 16 octobre 1987.

(2) On n'a pas considéré la thèse de médecine sur Semmelweis (1924), qui a fait l'objet de plusieurs commentaires, ni les textes de vulgarisation et de publicité. Sous le titre *Semmelweis et autres écrits médicaux*, la plupart de ces écrits, dont la liste figure en fin d'article, se trouvent rassemblés, depuis 1977, dans le troisième volume des *Cahiers Céline* publiés à la NRF. Au long de l'article, pour les différencier de la bibliographie, les textes qui constituent le corpus sont signalés par un système de renvois alphabétiques.

Trois raisons sont responsables d'un tel choix. D'abord une unité certaine, au départ professionnelle, de la position énonciative. Ecrits dès 1925, dans le cadre du Bureau d'Hygiène de la Société des Nations à Genève, puis à partir de 1929, au titre de son activité de médecin consultant attaché au dispensaire municipal d'hygiène d'une commune populaire de la banlieue parisienne, ces textes, au nombre d'une vingtaine, par-delà la diversité des supports où ils paraissent, celle de leur objet (Ford et le service médical, la réforme de l'enseignement de l'hygiène, les assurances sociales, la médecine de dispensaire) ou de leurs destinataires, relèvent d'une même finalité, propre à l'entreprise de persuasion où se trouve alors explicitement engagé leur auteur pour le compte de la profession : rallier l'opinion médicale à la rationalisation, et doivent se lire relativement à la fonction de persuasion du discours par rapport à quoi ils s'organisent. C'est ce critère formel qui a fait ne pas traiter dans cette étude les textes postérieurs, de fiction ou polémiques, qui sont cependant solidaires des écrits médicaux par la place de signifiant central qu'ils réservent à la maladie ou la vision de la communauté qu'ils portent (et avec lesquels, en retour, ces écrits médicaux entretiennent une proximité due à leur dimension de projet utopiste ou de fiction) (3). Ensuite, produit de l'immédiat après-guerre, dans le climat des débats suscités par le taylorisme et le fordisme, ce corpus participe, par le biais de la propagande en faveur de la rationalisation médicale, de la littérature émanant des courants tournés vers les Etats-Unis et voués à l'apologie de la modernisation industrielle et sociale (la critique du régime libéral de la santé y est d'ailleurs conduite au nom d'une congruence entre rationalisation du travail et rationalisation de la médecine); en ce sens, ces textes peuvent être tenus pour un exemple des réceptions européennes du taylorisme et du fordisme dans l'ordre médical, avec les conséquences qu'introduit cette référence pour les choix ultérieurs, lorsqu'ils portent sur des solutions politiques extrêmes. Enfin, ils contiennent des informations suffisantes pour cerner l'intérêt qu'un sous-groupe de la profession

(3) Pour une lecture littéraire de la thèse sur Semmelweis, E. Roudinesco, « Céline et Semmelweis : la médecine, le délire et la mort », in *Des psychanalystes vous parlent de la mort*, O. Mannoni éd., Tchou, 1978; récemment, L. Finas, « L'étoile et le suaire », *Revue des Sciences humaines*, Médecins et littérateurs 2, numéro 208, 1987-4, Lille; voir également Ph. Bonnefils, « Passage Céline », *Revue des Sciences humaines*, Médecins et littérateurs, numéro 198, avril-juin 1985, Lille.

médicale, tel celui des médecins de santé publique engagés dans la lutte contre les « fléaux » sociaux, lointains héritiers des hygiénistes du XIX^e siècle, peut avoir à être associé à une telle entreprise en faveur de la modernisation, comme les formes de sa déception (pour Céline, ce seront l'entrée en littérature et le ressentiment pamphlétaire) lorsque ces alliances hors de la profession ne produisent pas les effets escomptés sur le déroulement de la carrière.

Avant d'aborder les modalités du soutien à la rationalisation, puis l'influence du taylorisme sur les conceptions de la santé et de la maladie propres au médecin de santé publique que fut Destouches et de traiter des contours de l'utopie que dessine cet hygiénisme tardif de l'entre-deux-guerres, il convient de préciser quelques données relatives à son accession à la profession médicale, au déroulement de sa carrière, ainsi qu'à sa vision de la profession.

A Rockefeller medicine man

L'accès à la profession

La carrière de Céline a connu les effets de la position subalterne du segment de la profession médicale auquel il a appartenu en tant qu'hygiéniste et elle a épousé les principaux détours de l'histoire de la santé publique — les « lenteurs », en particulier, qui, dans la France de l'entre-deux-guerres, se font sentir dès que l'Etat, avec la paix, en revient, en matière de lutte contre les « fléaux sociaux » (tuberculose, alcoolisme, syphilis), à son non-interventionnisme d'avant le conflit. Pourtant, et quoi qu'il en soit de la vocation médicale et de son récit rétrospectif, ce n'est pas une fois devenu médecin que Louis-Ferdinand Destouches s'est orienté vers la lutte contre les « fléaux sociaux » ; ce sont, au contraire, imposées par la guerre, les nouvelles conditions de la mobilisation sociale contre ce type de maladies qui ont entièrement déterminé son accession à la profession médicale, dans les années où la recrudescence de la mortalité par tuberculose, entre 1916 et 1919, incitait la France à se doter, à l'exemple de l'Allemagne, d'un dispositif (prophylaxie, dispensaires d'hygiène sociale, sanatoriums) permettant d'endiguer la maladie [9] [15] [16]. C'est en 1918 que ce certifié de l'école primaire a été recruté, dans le cadre de sa croisade antituberculeuse, par la Mission Rockefeller qui, on le sait, met en œuvre au titre de l'aide américaine, de 1918 à 1923, une politique de dépistage et de prévention de la maladie avec des moyens et des méthodes qui rompent avec le régime traditionnel

de l'assistance (4). Intégré aux équipes mobiles cinématographiques, il se fait conférencier populaire, parcourt les départements de l'Ouest avec la roulotte d'hygiène de la Mission, délivre plusieurs causeries journalières devant des publics scolaires et ruraux et participe aux campagnes d'information auprès des élites locales. L'expérience et le nouveau champ ouvert à l'intervention médicale, joints à l'abaissement momentané des barrières sociales consécutif au conflit et aux chances de mobilité sociale ainsi offertes (notamment par le biais des facilités accordées aux combattants de conduire un cursus universitaire en un temps réduit) expliquent qu'il puisse, après un mariage réussi, en 1924, devenir médecin, au terme d'une ascension sociale en d'autres circonstances impossible (5).

La trajectoire professionnelle épouse ensuite le sort des institutions qui, la paix revenue, succèdent à la Mission, les initiatives soutenues par la philanthropie nord-américaine en France et en Europe dans le cadre de l'aide à la reconstruction et le développement de l'appareil de santé publique français. En 1924, lorsque la mission américaine confie à un Comité national de défense contre la tuberculose le soin de poursuivre sa tâche, le nouveau médecin, deux semaines après la soutenance de sa thèse, rejoint, à Genève,

(4) L'histoire de cet épisode est désormais bien connue grâce aux travaux de L. Murard et P. Zylberman [29] [31] ; sur sa place dans l'histoire de la lutte contre la tuberculose, voir P. Guillaume [16], sur la Fondation américaine, E. Richard Brown [34]. Aide à l'installation et généralisation de dispensaires qui se différencient des traditionnels bureaux de bienfaisance, formation d'infirmières visiteuses d'hygiène, établissement d'une carte sanitaire, sensibilisation des édiles et de l'opinion constituent les aspects complémentaires du programme de la Mission. Les campagnes publiques d'information et d'éducation (par voie de tracts, de diffusion gratuite de littérature médicale, de conférences, de projections cinématographiques) qui doivent beaucoup aux procédés naissants de la publicité nord-américaine préfigurent les campagnes modernes de prévention. L'épisode témoigne de l'influence et de « l'avance » américaines : la Mission est conçue à l'image des programmes de santé publique - où s'investit alors l'essentiel de l'effort missionnaire américain à l'étranger - que la Fondation Rockefeller et sa commission internationale de santé ont commencé de lancer hors des Etats-Unis avant 1910, et qui représentent, avec l'engagement en faveur de la recherche et de la réforme des études médicales, l'un des volets de son action en vue de la rationalisation des services de santé, de l'intégration de leurs diverses composantes et du développement d'une médecine préventive et sociale.

(5) En tout cas rétrospectivement narrée comme « sortie » du milieu d'origine par l'alliance contractée : *« on n'imaginait pas autour de moi qu'on puisse changer de milieu (...) je n'aurais jamais pu faire mes études de médecine si je ne m'étais pas marié. Je suis entré dans une famille médicale »* (août 1961, entretien repris dans *Cahiers Céline 2*).

la Section d'hygiène que vient de créer la Société des Nations, financièrement soutenue par la Fondation privée américaine (6). De 1924 à 1927, il participe à la formation et aux échanges internationaux de personnels sanitaires mis en place par l'organisation internationale, alors en plein essor. En 1928, retour en France : après un stage de quelques mois à l'hôpital Laënnec dans le service de Léon Bernard (7), il devient médecin consultant attaché au nouveau dispensaire d'hygiène de Clichy, ouvert, comme nombre de ces établissements, dans la banlieue ouvrière parisienne, à la suite du vote de la loi sur les assurances sociales. Il le demeure jusqu'en 1937, date à laquelle la publication du pamphlet antisémite *Bagatelles pour un massacre* le contraint à la démission, avant qu'il ne soit nommé en novembre 1940, par Vichy, médecin-chef de dispensaire dans une autre commune de la banlieue de la capitale.

Un tel parcours est à plusieurs titres significatif : de l'origine sociale et culturelle des nouveaux professionnels et praticiens engagés après-guerre dans le domaine de l'hygiène publique — de la confirmation du rôle joué par une institution comme la Fondation Rockefeller à l'égard des personnes qu'elle s'attache dès 1917, auxquelles, au cours de la décennie suivante, elle va accorder nombre de bourses aux Etats-Unis et dont elle espère qu'ils seront les hérauts auprès de leurs compatriotes de la conception extensive de l'hygiène publique et de la rationalisation médicale qu'elle défend [31] — des voies de la pénétration, dans l'Europe en reconstruction, des idées nord-américaines sur le *travail social* et l'*esprit public* (8). S'agissant de Céline, la Fondation Rockefeller présente toutes les caractéristiques d'une instance de formation et de socialisation professionnelle (« il sera dit que la Rockefeller remplira ma vie », confie-t-il en 1924 avant de rejoindre la SDN,

(6) L.F. Destouches a consacré sa thèse au « sauveur des mères » que décime la fièvre puerpérale, l'inventeur de l'asepsie, l'obstétricien autrichien Semmelweis. Parmi les membres du jury, figure notamment S. Gunn, le vice-président pour l'Europe de la Fondation Rockefeller, correspondant américain de l'organe des médecins hygiénistes, *Le Mouvement sanitaire*, grâce à qui il est mis en contact avec le directeur de la section d'hygiène de la SDN, Ludwig Rajchman.

(7) L'Hôpital Laënnec est, depuis le début du siècle, un établissement pilote de l'Assistance Publique en matière de lutte anti-tuberculeuse. Léon Bernard est le représentant de la France au Comité d'hygiène de la S.D.N. En 1928, il devient le premier titulaire de la Chaire de clinique phtisiologique, créée cette année-là avec le soutien du Conseil général de la Seine et de H. Sellier, futur ministre de la Santé du gouvernement de Front Populaire.

(8) Cf. parmi d'autres exemples, l'ouvrage d'A. Tardieu, *Devant l'Obstacle : l'Amérique et nous* (Paris, 1927).

cit. dans le premier volume de la biographie de F. Gibault, *Céline*, Mercure de France, p. 248) : l'organisation philanthropique décide de sa vocation, l'oriente vers l'hygiène sociale, lui assure un emploi tant qu'en France la lutte contre la tuberculose ne dispose pas de structures stables et que les lois sociales n'ont pas étendu le marché de la santé : jusqu'en 1928, les postes successivement occupés le sont au sein d'institutions liées, par un biais ou un autre, à la Fondation nord-américaine.

L'insertion professionnelle permise par la continuité d'une telle prise en charge remédie au défaut des possibilités offertes par une extraction sociale plus élevée et peut être considérée comme caractéristique des spécialistes de la lutte antituberculeuse : par sa formation qui combine apprentissage sur le terrain et cursus court, par le cadre public de sa pratique (il n'exercera pas en cabinet de ville), par son origine sociale également, Destouches est représentatif du personnel médical engagé dans la lutte contre la tuberculose, dont les historiens ont repéré l'apparition à cette époque en dehors du cadre libéral de l'hôpital : rapidement enrôlé en 1918, il est hâtivement formé en 1928 dans un service hospitalier spécialisé avant de devenir un praticien de dispensaire [9] [16]. Sa nomination, après 1928, à un poste en France illustre la réalité de l'élargissement du marché de la santé qui offre à de nouveaux professionnels la possibilité d'embrasser des professions soignantes auxquelles leur extraction sociale ne leur permettait pas de prétendre, mais sa condition salariée en indique aussi les limites, au même titre que la nature publique de l'emploi qui fixe le rang des positions auxquelles il peut prétendre dans la hiérarchie de la profession [3].

Position des hygiénistes

Lorsque Destouches devient l'un d'entre eux, quelle est la situation de ces héritiers des hygiénistes du XIX^e siècle que sont les médecins de santé publique, attachés aux bureaux d'hygiène municipaux et aux dispensaires de lutte antituberculeuse, dont la fonction a été instaurée par la loi sanitaire de 1902 ? Nous nous bornerons à rappeler quelques données connues.

Ils ne peuvent désormais plus s'appuyer sur un savoir spécifique. D'une part, comme on le sait, le courant hygiéniste a perdu l'autorité dont il jouissait au siècle précédent lorsqu'il *anticipait sur l'efficacité thérapeutique* [25]. D'autre part, le modèle pasteurien de la maladie, le privilège accordé à la lutte contre le microbe, la découverte des agents pathogènes spécifiques de nombreuses

maladies ont à la fois déplacé son terrain et réduit son prestige. L'ère étiologique ouverte par la bactériologie, avec le déplacement de l'attention de l'environnement vers l'individu et des conditions sociales vers les modes de vie, a vu diminuer l'intérêt pour les causes sociales des pathologies, favorisant ainsi l'éclipse de la figure du médecin réformiste [19] [23] [44]. Seul le domaine de la lutte antituberculeuse, où domine une médecine de l'assistance, fait exception : le schéma hygiéniste y perdure pour des raisons identiques à celles qui l'avaient fait prévaloir au siècle précédent : l'échec des thérapeutiques. L'exagération des espoirs fondés sur la bactériologie explique le maintien des choix sanitaires dans la lutte contre la maladie, présentée comme une maladie sociale appelant prioritairement une intervention sociale, préventive, éducative, etc. [9].

Professionnellement, la loi de 1902 a ouvert à ces médecins la possibilité d'une carrière publique, amorce d'une autonomisation à l'égard de la médecine libérale qui s'opère au prix de l'infériorité statutaire de ces nouveaux praticiens fonctionnaires. Et, dans les faits, ils n'ont de cesse de réclamer la réforme de la loi de 1902 : « les débouchés offerts aux médecins hygiénistes restent limités, précaires et aléatoires, se plaint, en 1932, un auteur dans *Le Mouvement sanitaire*, l'organe de la profession. Les médecins hygiénistes n'ont pas encore leur statut, les pouvoirs publics n'ont pas encore organisé leur carrière, et après l'enthousiasme des premières années, nous assistons au découragement des esprits, au désarroi des méthodes, à l'anarchie des organisations. Va-t-on parler (...) de la décadence des fonctionnaires de l'hygiène ? » (*Le Mouvement sanitaire*, n° 93, janvier 1932). Trois ans auparavant, les administrateurs de la Fondation Rockefeller auront porté un diagnostic analogue : *l'hygiène publique devient une carrière*, mais l'incertitude des emplois, l'absence de prestige des postes, le caractère politique et discrétionnaire des nominations, l'inexistence d'un savoir défini représentent autant d'obstacles lorsqu'il s'agit d'attirer vers ce secteur de jeunes praticiens [35]. L'écho du ressentiment né d'une professionnalisation qui a échoué se fait entendre, la même année, chez Céline : « minuscule par le nombre et l'influence, par les budgets disponibles, plus infime encore par le pouvoir critique et imaginaire, la cohorte des hygiénistes se présente en vérité comme une corporation mort-née » (g).

Enfin, contrairement à la situation qui prévalait au siècle précédent, la divergence entre les intérêts professionnels et les projets sociaux des hygiénistes et ceux des médecins libéraux s'accuse, à preuve le conflit des positions respectives lors du débat sur les assurances sociales qui domine les années vingt, si bien que,

dans l'entre-deux-guerres, c'est le hiatus existant entre l'ambition du projet dont ils se veulent porteurs et la médiocrité de leur position réelle (étroitesse du groupe, situation dominée par rapport au corps médical, maigreur des traitements, faible prise en compte sociale et politique de leurs problématiques) qui semble surtout caractériser cette élite technique de réserve, dépendante, pour l'application de son programme, d'un exécutif fort.

Rationalisation industrielle et rationalisation médicale

En définitive, dans l'entre-deux-guerres — période entre le régime de l'assistance et le système de protection sociale qui s'imposera au sortir du second conflit mondial — on ne voit guère, dans leur critique du régime libéral de la santé, de la tradition philanthropique et de la médecine libérale, les médecins de santé publique trouver d'appuis qu'hors de la profession et d'arguments que dans les idées nord-américaines sur la rationalisation médicale dont il se font les hérauts et les médiateurs au milieu des années vingt, au plus fort des discussions sur les assurances sociales. Tout en demeurant le domaine électif des pionniers, radicaux et réformistes, de la politique sociale, l'hygiène (et donc la lutte contre la tuberculose) prend le sens, par le fait de l'influence américaine, d'une médecine rationalisée, préventive et collective, moins « sociale » que « scientifique » (9), attachée à l'amélioration du niveau de santé de la population dans son ensemble : « le domaine de l'hygiène publique s'étend rapidement, constate la Fondation Rockefeller en 1928. Il est loin de se borner maintenant

(9) Sur l'approche « scientifique » par la nouvelle hygiène de l'élément social de la médecine, voir A. Labisch [23]. En 1920, un médiateur de la rationalisation américaine l'exprime ainsi : « *la médecine sociale n'est pas la médecine des couches les moins favorisées de la société (...) c'est précisément pour enlever les problèmes sociaux à l'arbitraire et aux préjugés de la politique qu'il faut les étudier scientifiquement* » [37] ; de ce déplacement, on relève les traces jusque dans les textes d'auteurs pourtant proches des sensibilités et des courants politiques français traditionnellement acquis au réformisme : dans la notion de service social, écrit l'un d'eux en 1928, « *le mot social a été galvaudé, on a voulu y voir les deux premières syllabes d'un mot à consonnance politique (...) cette illusion généreuse, sans doute (...) a noyé l'aspect scientifique de la question* » (cité in 30). La nouvelle médecine publique et sociale se définit, en tant qu'elle se réfère à des discours qui mettent en ordre des conceptions non homologues, comme une médecine du peuple - dans la fidélité à ses origines - et, sous l'influence de la rationalisation médicale américaine, comme une médecine scientifique fondée sur la rationalité de ses méthodes, adaptée à la prévention en masse d'une population faite de publics et de groupes précisément circonscrits.

à l'assainissement, aux quarantaines et à la vaccination. La prévention n'est plus seulement une conception négative ; elle veut engendrer une santé positive et vigoureuse ; l'attraction se porte de l'eau, des égouts, de l'immunisation à l'hygiène personnelle et celle-ci, à son tour, revêt des formes variées : hygiène du nourrisson, hygiène de la mère, hygiène scolaire, industrielle, sociale, mentale » [35] (10). Au cours des années vingt, dans les milieux hygiénistes proches des fondations nord-américaines, une telle évolution de l'assistance vers l'hygiène était à dessein souvent présentée comme appelée par le développement de l'industrialisation et mise en rapport avec l'actualité du taylorisme et du fordisme. La coïncidence de l'apparition en France de la thématique nord-américaine de la rationalisation du système de santé et des débats sur la rationalisation industrielle et le « capitalisme organisateur » (Drieu La Rochelle) [10] explique au demeurant que ces praticiens, en se faisant les relais et les interprètes de la rationalisation médicale, soient aussi devenus les chantres de l'industrie et du productivisme. Le prestige des Etats-Unis aidant, la dynamique industrielle, qui était généralement présentée comme devant permettre l'augmentation du niveau de vie et la satisfaction des besoins, paraissait réunir les conditions d'un succès du programme hygiéniste et de la transformation du secteur traditionnel de la santé en un système d'activité rationnelle. Céline, qui devait forger la notion d'*assurances sociales rationnelles*, déclarait en 1928 : « il faudra bien se décider quelque jour à intégrer la santé publique dans l'économie nationale, tout simplement comme les chemins de fer, le télégraphe et la force hydraulique » (c). La nouvelle phase de l'industrialisation confortait la revendication du caractère professionnel de leur pratique que les hygiénistes inscrivaient dans un processus de disparition du bénévolat et des œuvres au profit du développement de services collectifs.

Profession et antisémitisme

On voudrait introduire ici une parenthèse, entre le rappel de la position des hygiénistes et la discussion des écrits des années vingt, pour soulever une question qui appelle d'autres développements, qu'on abordera brièvement parce qu'elle a trait à une

(10) Léon Bernard constate à sa manière cette évolution, en 1927 : « *la médecine publique, c'est affaire d'administration et de législation. Nous hygiénistes, nous nous réclamons soit de la médecine préventive et sociale soit de la technologie de l'éducation sanitaire* » (*Le Mouvement sanitaire*).

période postérieure au moment de la rédaction des textes qui forment notre corpus, mais qui entretient d'étroits rapports avec la professionnalisation et, en particulier, son échec : il s'agit de l'antisémitisme de Céline. On a vu que, plus qu'à toute autre variable, c'est aux effets de correction d'un événement collectif comme la guerre sur sa trajectoire prévisible et au rythme de la médicalisation de la société (loi de 1902, assurances sociales, multiplication des dispensaires) que Destouches avait dû son accession à la profession médicale et le tour de sa carrière. Représentant du nouveau personnel médical d'après-guerre, il l'était en même temps du « prolétariat médical », cette masse de nouveaux diplômés dépourvus de capital, que, selon les défenseurs des intérêts de la corporation, leur origine sociale contraignait « leurs études terminées et sans un sou vaillant », à *faire commerce* et dont, à la fin des années vingt, ils redoutaient l'extension parce que son poids croissant menaçait, « si l'on continue de l'ouvrir à tout venant », de bouleverser la morphologie sociale du corps, et d'installer « à la place d'une élite (...) une foule de besogneux, luttant âprement pour une existence de plus en plus difficile » et fournissant les fonctionnaires mal rémunérés d'une médecine publique [8]. Disparus les courants d'idées des années vingt comme les espoirs de voir le marché de la santé s'élargir, Céline devait reconsidérer sa condition et son statut de médecin rémunéré à la vacation et rédacteur de prospectus pharmaceutiques, ce qu'il nommait sa « misérable pratique », y lisant a posteriori non la preuve d'une montée dans l'échelle des classes mais celle de l'accès à la seule position médicale autorisée par la classe d'origine et la brièveté du cursus scolaire : la plus basse et cumulant un ensemble de handicaps (bas niveau de prestige et de rémunération, dépendance à l'égard d'une clientèle pauvre); non le signe de l'intégration dans les professions médicales mais celui de l'échec social marqué par l'appartenance au groupe des *professions libérales prolétariques* (11). On cerne ici l'un des ressorts d'un antisémitisme qui s'est d'abord manifesté publiquement, on l'oublie, en référence directe à la profession, à son exercice et aux relations de concurrence professionnelle avec des praticiens juifs, à la SDN ou dans le dispensaire de Clichy. Cette dimension professionnelle de l'antisémitisme, évidente dans une

(11) Sur le terme, M. Weber, *Economie et Société*, Les types de communalisation religieuse, § 7 Ordres, classes et religion, Plon, p. 525. P. Bourdieu donne le cas de Céline écrivain (mais la démonstration vaut également pour la carrière médicale) comme exemple d'une droite populaire qui a manqué son « *intégration au groupe intellectuel dominant* » et dont le rapport au peuple est précisément fondé sur l'anti-intellectualisme et l'agressivité à l'égard des élites, p. 181 [2].

pièce de théâtre comme *L'Eglise* (publiée en 1933 mais dont la rédaction est antérieure à 1930) qui a pour scène la S.D.N., n'est certes pas centrale dans les pamphlets et ce n'est pas la position d'un représentant de la corporation que l'auteur occupera lorsqu'il publiera *Bagatelles pour un massacre* en 1937, *L'Ecole des Cadavres* en 1938, *Les Beaux Draps* en 1941 ; pourtant, ces ouvrages feront leur, à diverses reprises, la revendication nationaliste d'une exclusion des médecins juifs de la profession. Sans donner pour cause de l'antisémitisme de Céline cette seule dimension, on devrait cependant pouvoir également considérer dans quelle mesure elle s'est développée en rapport avec une actualité revendicative propre à la profession médicale et des préoccupations corporatives qui, réservant une attention grandissante au problème des effectifs médicaux, devaient conduire les syndicats et représentants professionnels à rechercher la solution de la situation de « pléthore » dénoncée, sur le fonds de la xénophobie des années trente, dans la limitation du nombre des praticiens et de la concurrence des médecins étrangers — y compris pour le marché public, dont une partie de la profession, quelle que soit par ailleurs son hostilité aux lois sociales, exigeait que le monopole soit réservé aux nationaux : se faisant l'écho de motions de congrès de médecins de la banlieue parisienne proches du mouvement nationaliste, Maurras réclame ainsi, à la une de *L'Action française*, le 12 juillet 1936, quelques jours après l'installation du gouvernement de Front Populaire, l'interdiction aux médecins étrangers de la médecine sociale — « assurances sociales, assistance médicale gratuite, mutilés de guerre avec leur carnet de soins, accidents du travail » : « s'il y a une médecine d'Etat, dite médecine sociale elle ne peut exister que par des membres éprouvés de l'Etat français » [28]. Seuls les résultats de recherches comparables à celles qui ont porté sur les corps médicaux hongrois (M. Kovács [22]) et allemand (M.H. Kater [21]) à partir d'une analyse des contours de la professionnalisation, de l'éthique professionnelle, des positions prises par l'Etat et de la structure du marché de la santé, pourraient permettre, dans l'analyse de l'antisémitisme de Céline, d'isoler la part qui revient à l'idéologie professionnelle d'une fraction du corps médical (voir encadré).

Sur la pléthore en tant que constante de l'histoire de la profession, voir M. Bungener [3] [4]; sur la sensibilisation médicale au thème de l'encombrement dans le contexte de la montée de la xénophobie au cours des années trente, les campagnes publiques lancées, en 1933, 1935 et après, par les syndicats de médecins et les étudiants en médecine en vue de l'obtention d'une législation restrictive, on consultera les pages 602-611, « l'ardente campagne des médecins », de l'ouvrage de R. Schor, *L'Opinion française et les étrangers en France, 1919-1939* [41]; sur l'influence d'Action Française dans les milieux médicaux après 1927, Ch. Maurras, *Le Corps médical et la Restauration nationale* (1933) [27] et aussi E. Weber, *L'Action Française*, Fayard, 1985, p. 298. Le thème de la pléthore se nourrit des frictions entre praticiens privés et médecine publique à l'occasion de la loi sur les assurances sociales. Loin d'aller dans le sens du rapprochement souhaité par la Fondation Rockefeller au titre de l'intégration des diverses composantes du système de santé et de sa rationalisation, la divergence des intérêts évolue de manière conflictuelle entre une corporation qui entend limiter le nombre de ses membres et une minorité qui veut étendre le marché des soins par la médicalisation : « la prétendue pléthore n'est que la traduction de l'insuffisance qualitative et quantitative du service sanitaire » [46]. Les syndicats médicaux soupçonnent l'Etat de recourir aux médecins étrangers pour assurer le succès des assurances sociales. Relayé par la droite nationaliste, le thème de la pléthore se prête à une exploitation xénophobe et antisémite. Dès 1932, *Le Mouvement sanitaire* relève la « campagne antisémite » lancée par des collègues français contre les médecins roumains établis en France (Dr A. Roubakine, « Y a-t-il une pléthore médicale en Europe? », *Le Mouvement sanitaire*, n° 99, 30 juillet 1932; 399 à 415). En 1935, tandis que Maurras proteste avec les étudiants de médecine contre « l'invasion » de la profession et demande un contingentement des médecins français nés à l'étranger, l'auteur d'une série d'articles qui paraissent dans *Esprit* rapproche ces revendications de la législation mise en place par le régime nazi, tout en éclairant crûment leurs motifs économiques : « (...) voici, nouveau scandale, que certains partis politiques aux aspirations chauvines s'emparent de la prétendue pléthore pour susciter dans le corps médical une stupide xénophobie. Le syndicat des médecins de la Seine vient de jeter l'anathème contre les médecins français d'origine étrangère (...) Engagé sur cette pente, on peut aller loin. Après les étrangers d'origine, on chassera les nègres, les métis, les juifs, etc. Et dans une médecine pure aryenne enfin constituée, il y aura assez peu de médecins pour que chacun puisse vendre à prix d'or ses soins » [46].

Au moment de la publication de *L'Eglise* (1933), quelques premiers lecteurs s'émeuvent : *Notre Temps* (4 octobre 1933) : « dans la SDN de M. Céline, les directeurs du service des compro-

mis, les directeurs des affaires transitoires (...) m'ont bien l'air d'être nés (...) tout au début de l'affaire Dreyfus dans l'imagination populaire » ; R. Fernandez : « Céline se fait de la S.D.N., menée par des Juifs, une idée toute semblable à celle que s'en font l'Action Française et M. Hitler » (*Marianne*) ; Aragon : « un trait marque plus particulièrement ici le docteur Bardamu. L'antisémitisme. Oh ! un antisémitisme assez passif ! (...) Ce n'est pas le Dr Bardamu qui donnera l'ordre des pogromes, mais n'est-ce pas ? il les regardera venir comme le reste » (*Commune*, n° 3, novembre 1933). En août 1936, la revue intellectuelle fasciste *Combat*, que dirige Thierry Maulnier, se fait l'écho de propos antisémites tenus par un écrivain qui, depuis son premier roman, *Voyage au bout de la nuit* (1932), est considéré comme proche du parti communiste : « ce n'est pas un réactionnaire, c'est Louis-Ferdinand Céline qui racontait l'autre jour que dans le service municipal où il exerce, il y a sur 15 médecins, 13 juifs » (n° 7, « Ordre et liberté » par G. Blond). Dans les pamphlets, on trouve reprise, en plusieurs endroits, la revendication nationaliste d'une exclusion des médecins juifs de la profession : *Bagatelles pour un massacre* (1937, éd. de 1941) : 63 et 152-153 ; *L'Ecole des Cadavres* (1938) : 157-158. Ces passages reçoivent une place de choix dans l'ouvrage de propagande *La Médecine et les Juifs* (Nouvelles Editions Françaises) publié en 1941 par le Dr Querrioux, ancien collaborateur de la revue des médecins extrémistes proches d'Action Française *Le Corps de santé* et de *Je suis partout*. Grégoire Ichok, le médecin-chef du dispensaire municipal de Clichy est conseiller au ministère de la Santé et collaborateur du *Droit de vivre*, l'organe de la LICA. Démissionnaire à Clichy en 1937, à la suite de la publication de *Bagatelles pour un massacre*, Céline sera promu médecin-chef de dispensaire dans une autre commune de la banlieue parisienne, Bezons, en novembre 1940, quelques mois après les premières mesures vichystes réglementant l'exercice des professions libérales, dans les jours qui suivent la création de l'Ordre des Médecins (F. Gibault, *Céline II*, 1932-1944, Mercure de France, 1985, 222 et sq.).

Un porte-parole de la rationalisation

On a relevé l'importance essentielle de la Mission Rockefeller pour Destouches, sans laquelle on imagine mal de quelle manière il aurait pu accéder à la profession médicale, au point d'ailleurs qu'il n'est pas exagéré de voir en lui l'un de ces *Rockefeller medicine men* dont E. Richard Brown a retracé l'histoire [34]. *Professionnellement* d'abord, elle contribua à lui assigner définitivement le rôle d'un spécialiste du transfert d'idées et de la propa-

gande, une activité qui, on le sait, était partie prenante de la lutte antituberculeuse (voir L. Viborel, *La Technique moderne de la propagande d'hygiène sociale*, éditions de la « Vie saine », 1930, préf. d'A. Calmette). Au même titre que les conférences de 1918, les textes et articles rédigés par le médecin qu'il était entre temps devenu relèvent de cette fonction qui faisait de lui non un spécialiste, ni un praticien de terrain, mais un professionnel intermédiaire, voué à un travail rhétorique et convaincant, l'homme non des contenus mais de leur mise en forme et de leur promotion, doté d'un savoir moyen, insuffisant pour qualifier son détenteur comme représentant autorisé de la profession, mais adapté à la tâche de transfert de savoirs, de médiation et de vulgarisation des recommandations et credos hygiénistes qui lui était confiée : homme de la persuasion, de ce fait conduit à dramatiser la thématique où il puisait la justification de sa vocation médicale et celle de sa position professionnelle, publiciste si l'on veut, comme l'espèce en naît alors aux Etats-Unis, à l'origine de la consommation de masse [11].

Qu'il s'agisse des rapports de mission effectués pour le compte du bureau d'hygiène de la SDN (consacrés à l'organisation et à la fonction des services sanitaires d'entreprises comme Ford et Westinghouse, dans le cadre de missions aux Etats-Unis en 1925) (a) (b), des communications présentées devant des assemblées de médecins parisiens, des articles sur la loi sur les assurances sociales et la santé publique en France, parus en 1928 et 1930 dans la presse professionnelle (d) ou communiste (e), des notes suscitées après 1929 par la pratique de la médecine de dispensaire et les essais de « médecine standardisée » (f) ou, datant de 1932, d'un programme pour une réforme de l'enseignement de l'hygiène (g), tous ces textes portent la marque d'une telle situation discursive et ont en commun une structure énonciative identique, unissant l'énonciateur et l'allocutaire autour de l'objet de la réforme et de la rationalisation médicales. Loin d'être une production scientifique à l'intention des pairs (aucun texte ne paraît dans les supports d'information usuels de la communauté des hygiénistes), il s'agit d'une production secondaire, de caractère intellectuel inégal et à haute teneur idéologique, destinée à emporter la conviction d'un cercle de lecteurs et d'un public de médecins plus larges. Signe de la faiblesse de la position institutionnelle du discours hygiéniste, la réalité des rapports de force linguistiques, imposée par les hiérarchies internes à la profession médicale, explique pour partie l'assujettissement à l'idéologie de la rationalisation de celui qui parle depuis la position de l'hygiène, se fait le porte-parole d'un changement social et économique dont le carac-

tère contraignant s'imposerait également à l'ensemble du corps médical, alors même que ce public est indissociablement posé comme destinataire et reconnu comme unique détenteur du discours médical légitime.

D'avantage que pour l'auteur de ces textes, on doit tenir le médecin pour le vecteur de leur sens ; on peut à raison considérer qu'ils relèvent, dans des situations de communication mettant en jeu des publics différents, d'une finalité identique à celles des premières conférences ; on doit penser leur logique en gardant à l'esprit la qualité de médiateur et propagandiste de celui qui les a écrits. S'il n'est pas leur auteur, en revanche, il est celui de leurs incohérences : ces accidents du sens qui se produisent chaque fois que le discours de la modernisation et de la rationalisation, fort des thématiques taylorienne et fordienne de l'efficiencia technologique et de l'impératif de la productivité, entre soudain en conflit avec le texte européen de la tradition et de la police médicale.

Idéologiquement, la Mission Rockefeller a, par ailleurs, fait de Céline un homme de l'après-guerre. Professionnellement et socialement né après le premier conflit mondial, nourri des conceptions nord-américaines, il devait ignorer le solidarisme de Bourgeois, la tradition réformiste, les efforts de l'Alliance d'Hygiène Sociale qui avaient été au départ de la législation antituberculeuse et de la politique sociale ; son hygiénisme industriel et sa conception de la médecine du travail, issue largement des idées répandues depuis les Etats-Unis après-guerre, furent en grande partie le produit de l'oubli de ces courants d'avant-guerre (comme en témoigne le fait que son intérêt se soit rapidement déplacé de la principale maladie contemporaine de la précédente phase d'industrialisation, la tuberculose, vers la médecine industrielle de l'ère taylorienne). Le cadre du débat public touchant la rationalisation et la modernisation qui occupe en France les années 1926-1929 fournit les traits et contours caractéristiques de l'hygiénisme de Destouches : moins ceux de l'hygiénisme public, attaché à la famille, dominant en France (qui adopte également la perspective de la rationalisation sanitaire, mais conserve à la ville le rôle central d'unité territoriale pour la conception de l'organisation sanitaire) que ceux d'un hygiénisme industriel entièrement façonné par le taylorisme et le fordisme, plaçant dans l'entreprise moderne tous ses espoirs d'une amélioration de l'état sanitaire de la population, faute de pouvoir l'attendre de l'Etat libéral européen : mettant non la cité, le lien social et l'obligation politique, mais l'usine et la production, au cœur de sa conception de la santé et de l'hygiène, et attribuant à la sphère économique et productive le soin de définir la santé et la maladie. En ce sens, ces textes appartiennent

nent moins à ce que les historiens isolent comme le « tournant taylorien de la société française » qu'à son après-coup [12]; ils participent de la « littérature standardisée qui travaille à la gloire de la production américaine » et à la construction du mythe de la rationalisation, et sont solidaires des courants de pensée qui, à l'égard de la rationalisation scientifique, font preuve, comme l'a écrit alors G. Friedmann, d'une « acceptation enthousiaste, aveugle, fondée sur l'expérience des Etats-Unis, rendue de plus en plus bruyante par la courbe de leur “prospérité”, exprimée par des ouvrages apologétiques » [14]. C'est dans ses présupposés et sa définition mêmes que cet hygiénisme, qui naît de la congruence supposée entre rationalisation de la médecine et rationalisation du travail, se pose doublement contre l'exercice professionnel de la médecine libérale et contre l'Etat libéral et son absence de politique de santé publique.

L'origine commune des conceptions et opinions de Destouches en ce qui concerne la médecine sociale et industrielle ou les relations de causalité entre santé, maladie et travail, est aisée à identifier : on y retrouve les idées de la philanthropie nord-américaine liées au travail social et à la fonction sociale d'une médecine rationalisée, comme les approches des associations professionnelles américaines de médecine industrielle, prônant une utilisation moins dispendieuse et plus rationnelle de la main-d'œuvre en vue d'une correction des effets négatifs du taylorisme qui ne remettrait pas en cause la logique productiviste (ainsi les recommandations rassemblées peu après l'armistice dans le rapport Hoover sur le gaspillage dans l'industrie — *Waste in industry* — qui fait figurer les conditions défectueuses d'hygiène parmi les causes principales de perte et de ralentissement dans la production). On sait que le retentissement de ces « théories » fut grand en Europe, où l'aide américaine à la reconstruction les acclimate, où elles sont très tôt répercutées dans les milieux médicaux concernés, comme le montre, entre autres ouvrages comparables (12), l'imposant *Organisation industrielle, Médecine sociale et Education civique en Angleterre et aux Etats-Unis* (1920) de René Sand. Le livre de Sand exposait l'opinion, largement répandue et que les lecteurs des ouvrages de Ford purent retrouver en 1928 et 1930 lors de leur

(12) Voir *Le Mouvement d'hygiène industrielle, son histoire, son aspect scientifique*, par Nicole Xardel, Dunod, 1925. Médecin de l'Inspection du Travail belge, René Sand, auteur de *L'Economie humaine par la médecine sociale* (Rieder, préf. de E. Herriot, 1934) est le traducteur en français du livre d'A. Flexner, *La Formation médicale en Europe et aux Etats-Unis* (Masson, 1927).

traduction en France, selon laquelle l'industrie et l'entreprise étaient, désormais, au service du bien-être et de la prospérité. Dépasant les incompréhensions du capitalisme et leur ignorance réciproque du siècle précédent, industrie et médecine se devaient d'opérer un rapprochement mutuellement profitable et collectivement utile : « la production (...) est entièrement liée à la santé et au bien-être de la population » ; « le labeur industriel sera (...) un facteur de santé et de prospérité pour l'ouvrier » [37]. Loin d'être nuisible, voire cause de cette dégénérescence de la race que l'exploitation de la force de travail avait fait redouter au XIX^e siècle, « l'industrie moderne veille, expliquait l'auteur, à la santé de l'ouvrier », car « la santé... assure le *pouvoir* de produire » : « même en se plaçant strictement au point de vue du profit et de la bonne marche de l'entreprise, la main-d'œuvre mérite autant de soins et de considération que l'outillage ». On sait la logique de cet argumentaire et son détail : « L'industrie est-elle donc inévitablement funeste à la santé ? En aucune façon. Le personnel des usines bien tenues est, au contraire, mieux portant que la population environnante. Le danger de l'industrie réside dans : 1. le surmenage ; 2. les conditions défavorables de travail (...) ; 3. l'insuffisance des salaires ; 4. le travail des femmes enceintes, des mères-nourrices et des enfants ; 5. l'existence que mènent les ouvriers et leur famille hors de l'usine. Lorsqu'une industrie n'évite pas ces dangers, elle cause à la nation un préjudice grave : elle diminue le rendement actuel, et surtout le rendement futur de la population en minant sa santé (...) Ces sacrifices de santé et de bonheur sont donc en même temps des sacrifices de productivité, ils éloignent la nation et l'industrie du but en vue duquel ils ont été faits. Partout... *production, santé et conditions favorables de travail vont de pair*. La dégénérescence d'une partie de la population manufacturière n'est pas un mal nécessaire ; c'est, au contraire, une calamité qu'il faut éviter, non seulement dans l'intérêt de la nation, mais aussi dans l'intérêt de l'industrie elle-même » (id.). A partir de l'analyse détaillée de l'usine taylorisée (de ses rouages, de l'organisation en services, de la nouvelle division des tâches, de leurs effets en termes de fatigue et de surmenage, etc.) et du système médical américain posé comme modèle pour le vieux continent (depuis la réforme de l'enseignement jusqu'aux services publics d'hygiène, sans oublier la contribution des Fondations, la part des compagnies d'assurance, l'intérêt porté à la vie de l'ouvrier dans et hors de l'entreprise, l'alimentation rationnelle, etc.), cet ouvrage de près de 900 pages, publié au retour de plusieurs missions d'études aux Etats-Unis, prescrivait le mode d'emploi pratique et l'usage social de la médecine de la période de la concentration industrielle. Il reprenait

enfin, empruntée au lexique de l'économie libérale, la notion de « capital humain », qui devait accueillir des sens si divers dans ses réutilisations ultérieures, que ce soit comme justification des assurances sociales au nom de leur rationalité économique à la fin des années vingt ou comme concept opératoire dans l'eugénisme, également marqué par le taylorisme, d'un Sicard de Plauzolles (R. Sand est également membre de la société eugénique de Belgique) [40] [42].

A l'image de Sand et de beaucoup d'autres, Céline devait, en tant qu'hygiéniste, se faire, contre le « capitalisme anarchique d'hier », le héraut du « capitalisme organisateur », porteur d'un *immense espoir* et non plus d'une *immense menace*, qu'évoquait en 1928 Drieu La Rochelle, annonciateur du « temps nouveau des méthodes » rompant avec le « temps des doctrines qui se déroule encore dans la majeure partie de l'Europe » [10]. Présentant l'expérience fordienne devant un public de médecins, l'hygiéniste la décrivait en 1928 comme une anticipation de la future réalité industrielle et sociale européenne (« c'est donc une nouvelle mentalité industrielle qui s'introduit dans cette usine bizarre, bizarre eu égard tout au moins à nos conceptions européennes »), mais aussi comme la solution aux maux de la vieille Europe et donc comme son modèle possible : le travail industriel ayant le mérite de « nourrir facilement (et dans la prospérité et la réussite industrielle) des milliers d'êtres » et offrant « la possibilité de gagner leur vie (...) à toutes les faiblesses physiques » (c). Notons en passant que la comparaison imposait presque nécessairement une perception de la maladie qui revenait à la saisir comme signe du malheur européen et symptôme de l'archaïsme, du retard, visible et marqué dans les corps, de l'Europe sur les Etats-Unis. D'où ce projet conçu par l'hygiéniste, aux fins de tirer parti des « possibilités nouvelles de l'hygiène sociale et d'amélioration de la santé publique par le moyen de l'industrie moderne, mécanisée au maximum », de déplacer le point d'intervention de l'hygiène de la ville vers l'usine et de transplanter dans l'entreprise les services sociaux installés dans la ville. L'usine taylorisée était perçue comme autorisant une hygiène sociale opérationnelle et efficace ; son espace la qualifiait mieux que l'ancien espace industriel insalubre et davantage que l'espace urbain encore encombré. Milieu sain parce que terrain d'application de méthodes rationnelles, elle se voyait promue, chez Destouches comme chez Sand, au rang de cadre approprié d'une hygiénisation de la main-d'œuvre industrielle dont l'exemple américain semblait montrer qu'elle allait progressivement absorber une part toujours plus large de la population, sinon sa totalité. Reprise et discutée, l'idée devait rencontrer la critique

de l'un de ceux qui forgeaient la doctrine de l'époque en matière de service social municipal, au motif qu'il était « tout à fait prématuré de vouloir transporter actuellement le service social du domaine de la consommation dans celui de la production » et que, pendant longtemps encore, la cellule familiale serait la « cellule sociale par excellence » et la commune « le corps social par excellence, qui pourra panser ou éviter les blessures de ses composantes » [17]. En fait, la proposition de Destouches revenait à précipiter la disparition de l'hygiénisme traditionnel et des tentatives réformistes qui s'étaient, depuis le milieu du XIX^e siècle, appuyées sur le logement et la cité : « Notre doctrine, plus ou moins officielle, d'hygiène sociale, déclarait-il, est en train de se démontrer complètement inopérante dans la majorité des cas. Il serait surprenant qu'il en soit autrement, si l'on veut bien songer que cette hygiène sociale (...) demeure lointaine et détachée du corps social actuel (...) Si l'on veut faire réellement de l'hygiène sociale, il faut prendre les hommes et l'argent là où ils sont (...) et ne point perdre son temps à élaborer des plans d'action sur des statistiques tendancieuses, ou à voiler les échecs successifs sous d'autres espérances (...) Si nous avons parlé des possibilités nouvelles de l'hygiène sociale et d'amélioration de la santé publique par le moyen de l'industrie moderne, mécanisée au maximum, c'est qu'il nous apparaît comme un des rares moyens de sortir de la situation un peu ridicule où nous nous trouvons. La vie matérielle et sociale des 16 millions de Français dont nous nous occupons plus spécialement et qui n'ont pas tout à fait en moyenne et souvent bien moins de 20 francs par jour, peut être en fait schématisée en ce qui nous concerne d'une façon simple, simpliste certes, mais utile pour faire notre point sanitaire vis-à-vis de ces existences qui elles aussi sont simples. Ces individus sont dans la rue ou bien chez eux ou bien enfin à l'usine exécutant par ordre un travail quelconque. En ce qui concerne "chez eux" qu'a-t-on fait pour améliorer les conditions du logement ? Rien. Qu'a-t-on fait encore pour "désalcooliser" la rue ? Rien. Au contraire. Espère-t-on d'autre part élever en Europe et de beaucoup le taux des salaires ouvriers ? Non. Point avant longtemps, si jamais. Il ne nous reste donc qu'à essayer d'améliorer la santé publique et *l'état* des malades *au moment* du travail et indirectement par *les latitudes que donne le travail bien organisé*, par l'usine moderne. Le rôle essentiel de l'usine : fabriquer n'en souffre pas, au contraire, semble-t-il » (c).

Né de l'exemple fordien d'une prise en charge globale de l'existence du travailleur, le projet n'en semblait pas moins revenir, d'où les critiques suscitées, à la médecine industrielle et patro-

nale du XIX^e siècle, modifiant ainsi la finalité jusque-là reconnue à l'hygiène sociale. C'est que, échafaudée à partir de l'oubli de l'archéologie hygiéniste dans le cadre illusoire d'un capitalisme entièrement organisé autour de la production, la construction célinienne conduisait à fixer à l'hygiène pour objectif d'organiser le versant sanitaire de la chasse au gaspillage poursuivie dans le cadre de l'organisation scientifique du travail. Et ceci à l'usine comme au sein de la nation, l'entreprise se trouvant de facto assimilée — comme souvent dans la littérature apologétique des années vingt — à un laboratoire dont l'expérience qui s'y déroulait était susceptible d'être reproduite, transposée à grande échelle et généralisée à d'autres sphères d'activité sociale [47]. En 1928, Céline proposait de l'hygiène sociale la définition programmatique suivante : « Détachée comme nous la voyons aujourd'hui d'un but essentiellement pratique, l'hygiène sociale perd précisément dans cette pseudo-philanthropie son sens social, et dès lors ne s'y intéressent plus que quelques comités de médecins et de philanthropes ; elle demeure au surplus inefficace, ne s'appliquant de fait qu'à des réformes parcellaires, qu'elle tente avec des moyens de fortune (...) D'où son extraordinaire impuissance qui serait sans doute vivement remarquée dans tout autre domaine de l'activité nationale (...) mais qui passe inaperçue quand il s'agit d'hygiène (...) Elle fonctionne, au milieu d'une indifférence courtoise, et sans jamais fournir de preuves, autres que sentimentales, de son efficacité (...) On l'accueillerait tout autrement si elle adhérait, pour commencer et pour acquérir un début de sens pratique, à l'industrie en ayant pour objet non pas de l'encombrer ou de l'alourdir, mais de lui faire réaliser directement ou indirectement une économie. L'hygiène sociale nouvelle ainsi basée sur l'industrie ou, tout au moins, sur certaines industries, ne se présente pas comme une expérience de philosophie sociale bienveillante mais comme un Taylorisme agrandi, comme un essai d'économie totale de l'immense gaspillage que constituent les maladies humaines dans la société et à l'usine quand ces maladies ne sont point envisagées économiquement sous l'angle unique du travail » (c).

La rationalisation en marche

C'est ce point de vue que devait adopter l'hygiéniste Destouches au moment d'aborder la question de l'organisation du dispensaire d'hygiène, de débattre de la loi sur les assurances sociales ou de discuter des valeurs qui opposaient médecins et hygiénistes autour des définitions de la santé et de la maladie.

Une médecine standard

L'opinion selon laquelle la logique de la rationalisation devait, inévitablement, après avoir touché l'industrie, affecter l'organisation et le cadre de la pratique médicale comme elle s'imposait à d'autres sphères de la vie sociale, était relativement répandue dans les cercles auxquels appartenait Destouches : « l'industrie, le commerce, les finances, l'administration, les œuvres charitables elles-mêmes, écrivait en 1930 René Sand dans un article consacré à la pratique médicale de l'avenir publié dans *Le Mouvement sanitaire*, sont obligés de se rationaliser, la pratique médicale devra elle-même se perfectionner et s'organiser » [39]. La nouvelle institution de dépistage et de soins qu'était le dispensaire d'hygiène en était une illustration. Les sociologues l'ont montré, des hygiénistes cherchèrent dans les années vingt à l'organiser en dépassant le cadre ancien du bureau d'assistance hérité de Calmette et, pour citer R.H. Hazemann, « conformément aux principes adoptés dans le domaine de l'organisation scientifique du travail » [30]. C'est précisément à propos du dispensaire, intuitivement perçu sous l'influence du fordisme comme lieu de la prévention de masse à l'ère de la production de masse et permettant de répondre aux besoins de santé nés des nouvelles exigences de productivité industrielle et sociale, que Destouches devait pour sa part, entre 1929 et 1932, avancer l'idée de ce qu'il nommait par mimétisme une « médecine standard » (g) : « voici mon but, devait-il confier à un confrère genevois du bureau d'hygiène de la SDN : découvrir par expérimentation et tâtonnement, *une médecine de dispensaire* pratique et efficace — adaptée aux nécessités d'une population *ouvrière, pauvre, mal logée* (...) ce que je voudrais établir, c'est une médecine efficace et standardisée pour une population comme la nôtre — *avec des preuves d'efficacité* — et sortir du bafouillage philanthropico-clinique (...) dont on se contente actuellement en médecine sociale et générale (...) C'est la doctrine que nous essayons de créer à Clichy — une doctrine *d'efficacité médicale* de médecine pratique » (6 mars 1929, in *Cahiers Céline* 3, p. 236). C'est-à-dire une médecine industrialisée (à même de faire face à la demande de soins émanant de la population relevant des assurances sociales, dont l'importance exigeait la mesure et la normalisation du temps de consultation réservé à chacun) et soumise à la rationalité organisationnelle, à la recherche d'un « traitement standard » et de l'évaluation de ses interventions : « au dispensaire municipal de Clichy (...) nous avons essayé de mettre au point une méthode pratique pour donner à notre consultation autant d'efficacité que possible, en tenant compte des ressources et

de l'état social du malade et aussi du peu de temps que nous pouvons donner à chacun de nos malades (nous répétons qu'il s'agit de consultations de cinq minutes à dix minutes par malade). Il est permis à cet égard de noter que, dans la plupart des consultations populaires de médecine générale et de tuberculose, plus ou moins gratuites, on ne tient en général aucun compte des résultats thérapeutiques obtenus ou non et qu'on recherche rarement les preuves d'efficacité de ces consultations » (f).

C'est dans une solution de continuité avec l'éthique et l'organisation de la médecine de ville comme de l'hôpital que semblait se définir cette médecine *en série, industrielle* (les termes péjorativement connotés dont se sert habituellement la presse professionnelle de l'époque sont employés ici par le médecin de dispensaire pour définir sa pratique) (13) dont l'apparition, on le sait, ne manquait pas de susciter la crainte d'une militarisation de la profession médicale et des malades : « On ne sera pas sans remarquer que le confrère de Clichy arrive à conclure, comme le confrère de Dantzig, en faveur de la militarisation de la médecine et de la classe ouvrière comme seul moyen pratique d'appliquer les assurances sociales. Quel idéal ! » observait, en novembre 1928, la rédaction du conservateur *La Presse Médicale*, au moment de publier l'article consacré par Destouches aux rapports entre assurances sociales et politique de santé publique. L'hygiéniste ne niait pas ce rapprochement mais il justifiait cette « militarisation » en présentant la médecine industrielle, contre la médecine libérale, comme la seule manière d'offrir à de vastes populations la couverture médicale dont elles étaient privées : « l'esquisse de ce projet ressemble, on le remarque, à celui d'une médecine militaire. Pourquoi pas ? L'armée du travail, la plus grande armée du monde, n'a point encore d'organisation sanitaire, les assurances sociales y tendent, elles ne peuvent d'ailleurs, pour des raisons économiques, les seules qui tiennent, faire autrement. On ne saurait organiser (...) la médecine de seize millions de salariés (strictement) et leurs familles presque indigentes comme la médecine d'une station climatique bien orientée destinée à une clientèle restreinte et douillette » (d).

Des assurances sociales rationnelles

Ainsi que la plupart des hygiénistes, Destouches était un partisan des assurances sociales. En 1928, il exhortait ses confrères

(13) En réalité, dès 1932, signe de la perception de l'évolution de la profession, c'est également en ces termes que Destouches décrit la pratique libérale : « la médecine forcément standard du médecin dans la vie courante » (g).

médecins à ne pas engager de « bataille désespérée » contre la loi, ni retarder son application par des « controverses corporatives et particularistes » et les invitait à dépasser la « profonde et fatale faiblesse » du « conservatisme de 1928 » ainsi que la « timidité incroyable de ses réformes sociales » (id.). Lorsque l'on cherche à savoir les raisons d'une telle position, on rencontre à nouveau à l'œuvre la logique de la rationalisation. S'adressant à des médecins par l'intermédiaire de la presse professionnelle, l'hygiéniste défendait la future législation, contre son inspiration « socialiste » et sa « pseudo-philanthropie », pour sa finalité économique. En mars 1930, dans l'hebdomadaire communiste *Monde*, que dirigeait Henri Barbusse, il la décrivait comme une manifestation du capitalisme organisateur, en cela positive : elle contribuait à l'homogénéisation et à la normalisation des systèmes existants, complexes et disparates : « (...) les Assurances sociales possèdent une qualité essentielle, elles créent un ordre, une règle, des repères dans la médecine d'un pays. Elles viennent gêner beaucoup d'intérêts particuliers au profit de l'intérêt commun (...) avant les assurances sociales, tout ce qui concerne les organisations sanitaires d'un pays est laissé à l'initiative incohérente, velléitaire, de formations officielles ou officieuses, ignorantes et disparates ; après les assurances sociales, ces situations se régularisent automatiquement ou bien disparaissent, ce qui est le plus souvent un bien. On a eu l'air, en France, depuis quinze ans, d'essayer d'organiser l'hygiène en partant d'en haut (...) et ce fut un échec lamentable : c'est par en bas qu'il faut commencer, par contact permanent avec le public, en partant des Assurances sociales. Armer sanitaire les villes, et surtout les campagnes et les médecins » (e). Cette législation lui apparaissait comme l'instrument d'une future médicalisation de la population ouvrière, jusque-là empêchée par le cadre libéral de la pratique médicale et désormais nécessitée par la rationalisation. A cette fin, l'hygiéniste imaginait, sur le modèle des médecins d'entreprise américains et des experts et spécialistes fordien en sciences sociales, la création d'un corps de médecins d'entreprise (« ces médecins du travail (...) devront être non seulement des médecins mais des sociologues »), consultants ambulants, ayant « la charge médicale spéciale des assurés, sur les lieux mêmes et pendant la durée du travail », se rendant au domicile du malade, portant assistance à la classe populaire : « Ces consultants ambulants, ce sont eux les médecins de l'avenir, ils viendront enfin, depuis si longtemps qu'ils sont instinctivement attendus, se mettre au contact permanent du populaire et entreprendre cette œuvre si importante d'éducation médicale, sans laquelle il n'est pas d'hygiène sociale possible (...). C'est une entreprise patiente de

correction, de rectification intellectuelle à mener (...). Il y a là, dans les profondeurs ignorantes et sentimentales du peuple, une immense anxiété permanente de la maladie » (d).

Cependant, la loi n'était « humanitaire qu'entre autres choses » et « d'abord économique » (id.). Tactiquement, cet argument était le fait commun des partisans de la législation sociale dans les débats qui les opposaient aux groupes hostiles au projet : « s'il est des économies à réaliser, aucune n'est plus importante que celle des existences, déclarait le rapporteur de la loi et Président de la commission d'hygiène du Sénat, car rien ne coûte aussi cher que le gaspillage de nos énergies qui représentent des capitaux irremplaçables » [7]. Au sein des milieux hygiénistes, des raisons semblables étaient avancées pour faire aboutir le vote du texte ; *Le Mouvement sanitaire* incitait dès 1926 ses lecteurs à réfléchir au rôle préventif que la législation pourrait remplir : « le succès de la loi, son rendement économique et financier sont intimement liés à la valeur des services de prévention que son application aura permis de développer » (éditorial, *Le Mouvement sanitaire*, juin 1927). Dans le même temps, le projet était présenté comme une inévitable conséquence sociale de la modernisation industrielle : « les derniers progrès de l'industrie exigent la suppression du gaspillage humain », déclarait R.H. Hazemann [17]. Avec Céline, il devenait cependant difficile de distinguer le moyen et la fin, les « assurances sociales rationnelles » semblant conçues comme le moyen d'une fin économique plus que sociale : « à notre sens, puisqu'il s'agit d'une régie de santé publique, c'est à son rendement maximum et aux économies possibles qu'il faut songer sans retard » (d).

L'adaptation des conceptions médicales de la santé et de la maladie

Tandis que la logique de la rationalisation et de la massification s'imposait au cadre de la pratique libérale et poussait à l'instauration des assurances sociales, elle bouleversait aussi les définitions socialement et professionnellement admises de la santé et de la maladie en suscitant, à côté des sources traditionnelles, de nouveaux lieux de définition de ces notions. Résumant devant un public de confrères les enseignements qu'il croit pouvoir retirer de l'expérience fordienne, Destouches la décrit comme intéressant directement l'avenir de la médecine par l'obligation où celle-ci se trouve placée de réinterroger ses conceptions usuelles de la santé et de la maladie : « En ce qui nous concerne, médecins et hygiénistes, d'après l'expérience de Ford, nous devons peut-être nous demander s'il n'est point temps d'apporter de sérieuses modifica-

tions aux notions en vigueur, encore actuellement en hygiène sociale, qui concernent l'état de santé et l'état de maladie et de les réviser en les envisageant sous l'angle réellement moderne, celui d'un monde qui s'industrialise, s'américanise si l'on veut, un peu plus chaque jour. Il y a peu de chances que nous échappions à cette évolution et il y aurait sans doute de grands avantages à ne pas l'ignorer » (c). C'est selon un schéma quasi wéberien que l'hygiéniste, publiciste de la rationalisation industrielle et sociale intéressé à son succès, présente le processus d'expansion des sous-systèmes d'activité rationnelle finalisée aux dépens des structures traditionnelles, ainsi que la concurrence et la menace que le principe de la rationalité nouvelle représente pour l'autorité traditionnelle. Sous l'effet de la rationalisation, explique-t-il en substance, des glissements s'opèrent dans les perceptions traditionnelles, sociales, professionnelles et profanes, de la santé et de la maladie, comme des valeurs qui leur sont attachées ; cette évolution, marquant le début d'un processus adaptatif nécessaire de la profession, enregistre la disparition du monopole du corps médical sur les définitions, les interprétations et les usages sociaux de la maladie.

L'hygiéniste est en somme le délégué des groupes intéressés à la rationalisation industrielle auprès du corps médical. En novembre 1928, à propos de l'usine d'après Ford, Destouches invite ses collègues à « adapter nos conceptions antiques de la santé et de la maladie » : « il y a là, avouons-le, tout un monde dont on ne sait rien, à découvrir. Et pour commencer : la recherche d'une définition, d'une compréhension, pratique, sociale, économique et médicale à la fois, de l'état de santé et de maladie réciproquement, et l'abolition de cette entité clinique, si vague, si inconsistante, cette notion pittoresque, ce clair-obscur sentimental qui représente encore la maladie et la santé par opposition, dans nos esprits et dans nos textes... » (id.). Cette année-là, l'adoption de la loi pose avec force la question des critères à adopter pour une approche nouvelle de la maladie et de la santé lorsque l'usine devient le lieu où se construit l'hégémonie. Pour Destouches, ce ne peut être ni « l'humanitarisme désuet et nuisible » de l'hygiéniste ou de l'entrepreneur (« ce qui nous paraît beaucoup plus sérieux, c'est l'intérêt patronal, et son intérêt économique, point sentimental. Nous renonçons (...) au sentiment »), ni la médecine libérale (« la médecine bourgeoise est morte et bien morte, ce sont ses restes et son fantôme burlesque qui rend (sic) partout les assurances sociales paradoxales et inopérantes ») (id.), mais la réalité du travail : « C'est donc une nouvelle mentalité industrielle qui s'introduit dans cette usine bizarre, bizarre eu égard tout au moins

à nos conceptions européennes (...) il est peut-être temps que nous nous occupions à notre tour de vivre dans le présent en connaissance des facteurs économiques actuels et des ressources qu'ils offrent pour l'amélioration de l'état sanitaire en général. Considérer l'état de santé et de maladie en fonction du facteur travail et presque uniquement en fonction de ce facteur, telle nous semble être peut-être actuellement la seule attitude vraiment sage et fructueuse de l'hygiéniste et du sociologue. Demain peu d'individus échapperont à la loi du travail et surtout du travail industriel ou industrialisé » (c).

C'est à la sphère de la production désormais et non plus à la profession médicale qu'il revient de savoir et de dire, pour la société, ce que sont respectivement la santé et la maladie et de tracer la frontière qui les sépare — la capacité ou l'incapacité de travailler, c'est-à-dire le rôle joué dans la production, fournissant, à l'ère de la rationalisation, l'instrument suffisant à cette tâche de mesure et de partage : « Fragilité et arbitraire des classifications entre malades et bien portants dans le prolétariat, *le travail possible*, seul index pratique et réel de la maladie et de la santé dans le prolétariat d'aujourd'hui » (g).

Metropolis : le travail des malades

Homme d'après le premier conflit mondial, Destouches est aussi prisonnier des limites et contradictions de l'entre-deux-guerres : sa critique du régime de la santé dans le capitalisme libéral européen, qui annonce certaines des solutions de l'Etat Providence qu'adoptent la plupart de ses confrères, sur lesquels l'influence de la tradition réformiste se fait encore sentir, se dénoue après 1930 dans le ralliement aux perspectives de l'Etat fort et totalitaire, par l'effet paradoxal d'une fidélité à la logique productiviste des années vingt. Aucun exemple ne met davantage en mesure de suivre les voies contournées qu'emprunte cette volonté de sortir la santé publique des impasses où le libéralisme l'a abandonnée que les solutions proposées par l'hygiéniste pour résoudre, à partir du taylorisme et du fordisme, le problème de la réinsertion des mutilés, des handicapés et des invalides. On sait que cette question, qui se pose alors à proportion de l'insuffisance de la main-d'œuvre, s'est trouvée au départ du développement de la médecine du travail, de l'orientation professionnelle et, indirectement, des lois sociales de 1928-1930. La manière dont Destouches la traite est une illustration de ces interprétations européennes conservatrices de la rationalisation qu'ont relevées les

historiens [26]; elle fait spontanément surgir à l'esprit du lecteur certaines des images par lesquelles le cinéma allemand contemporain de la rationalisation met en mouvement les masses à nouveau serviles de la ville moderne (*Metropolis*, 1927).

Soulevée dès avant la fin de la guerre, la question de la rééducation et de la réinsertion sociale des blessés a été abordée en tentant de concilier la protection des droits des individus, notamment le droit au travail, et la restauration de la capacité productive du pays, la deuxième exigence l'emportant rapidement sur la première. En 1917, J. Leclercq et P. Mazel, respectivement professeur et chef de travaux de médecine légale, insistent, dans *La Main-d'œuvre nationale après la guerre*, sur la nécessité d'une remise au travail des handicapés dans l'optique de la reconstruction industrielle et présentent cette mesure comme dictée par la pénurie prévisible : « le principal remède à la crise de la main-d'œuvre nationale » leur paraît être d'« utiliser toute la main-d'œuvre d'origine française (...) de manière à en obtenir le maximum de rendement (...) » : « utiliser toute la main-d'œuvre masculine française, c'est utiliser, à côté des ouvriers sains, les tarés, les mutilés par accidents du travail ou par blessures de guerre. Ces derniers, trop nombreux, sont, sous certaines conditions, parfaitement susceptibles d'un rendement important » [24]. L'idée de recourir à une telle main-d'œuvre mêle contradictoirement réflexes européens hérités du siècle passé et souci de tirer parti des ressources offertes par la technique américaine moderne ; son emploi suppose, dans l'esprit des auteurs, que soient préalablement remplies deux conditions : l'une, juridique, consiste en la révision et l'assouplissement de la loi « funeste » de 1898 sur les accidents du travail « à l'origine d'une sélection brutale parmi les travailleurs » : « toute une partie de la masse ouvrière » se voyant « refuser l'entrée de l'usine, à cause de ses tares physiques » ; l'autre, technique, en l'application au problème du handicap des méthodes d'organisation scientifique du travail : « Utiliser cette main-d'œuvre dans les conditions les meilleures, c'est (...) organiser scientifiquement le travail et surtout utiliser l'ouvrier d'après des données physiologiques » (id.). Au-delà de l'humanisation nécessaire du taylorisme et de son adaptation au *facteur humain* qu'il néglige, par le passage de normes maximales à des normes optimales, à partir des recherches des physiologistes français (14), à quoi sont consacrés plusieurs chapitres, on retiendra la finalité

(14) Cf. Amar : *Le Moteur humain et les bases scientifiques du travail professionnel*, 1913 et Pascault : *L'alimentation rationnelle*.

du propos : marquer, relativement à « la gravité du problème de la main-d'œuvre nationale après la guerre (...) comment l'organisation scientifique du travail et l'utilisation physiologique de l'ouvrier peuvent accroître dans une large mesure, le rendement du travailleur et la production nationale » et montrer « quelle contribution l'on pouvait attendre du mutilé, de l'apprenti, de la femme » (id.). Restaurer la capacité productive nationale par l'utilisation scientifique de la main-d'œuvre, E. Herriot, qui préface l'ouvrage, approuve cette volonté d'« organiser le Travail d'après les lois de la science ». On voit la taylorisation ici reçue comme l'instrument technique de la remise au travail de catégories de population, jusque-là jugées inaptes par la médecine légale, dans la perspective d'une résorption du déficit redouté de main-d'œuvre (rares sont les médecins sociaux qui s'inscriront contre cet ordre des priorités ; parmi eux, citons G. Ichok, le médecin-chef du dispensaire de Clichy qui, loin de la référence américaine, propose que revienne à la médecine sociale le soin « d'établir la base d'une vaste organisation industrielle qui utiliserait la capacité de travail des hommes valides, mais malades. *Il s'agira non seulement d'une réadaptation des malades au travail, mais d'une adaptation de l'industrie aux intérêts des malades* » (15). Comme l'atteste dans ses articles la fréquence des références à une population industrielle physiquement diminuée, et bien qu'il ne fasse jamais mention explicite de cette littérature, son objet et les questions qu'elle réfléchit, comme les solutions qu'elle préconise, étaient familières à Céline, et recevaient son assentiment.

Datés de 1925, les premiers textes — destinés à la SDN mais rencontrant également les préoccupations du BIT et de son bureau d'hygiène — qu'il devait respectivement consacrer à Ford et Westinghouse en témoignent : le premier contact avec la nouvelle réalité industrielle nord-américaine n'a pas immédiatement permis que s'impose comme tel le modèle américain. L'entreprise électrique a, incontestablement, les faveurs du médecin européen : l'hygiène y a conservé toutes les fonctions traditionnelles qu'elle remplissait dans certains secteurs de l'industrie du vieux continent au XIX^e siècle ; de la lutte contre l'instabilité de la main-d'œuvre par l'attachement de l'ouvrier à l'usine grâce à un système d'assurances contre la maladie et la vieillesse, à la diminution de la fréquence des accidents et du nombre des journées de maladie, « l'institution sanitaire (...) doit concourir dans une mesure assez grande à faire réaliser les économies qu'on en attend » (b). Une

(15) G. Ichok, *La Protection sociale de la santé, L'action médico-sociale*, Librairie de sciences sociales et politiques, Paris, 1925, p. 97.

courte mission d'étude chez Ford, le convainc en revanche, que « l'hygiène appliquée à l'industrie » devient superflue dans le nouveau mode d'organisation de la production dont cette usine offre le modèle, comme l'indique l'absence de tout système assurantiel en matière de maladie ou de vieillesse : « la santé de l'ouvrier est sans importance » conclut l'expert (a). Anticipant sur les critiques des courants spiritualistes des années trente, Destouches imputera à la standardisation la disparition des préoccupations entrepreneuriales pour l'état de santé de la main-d'œuvre : « c'est un phénomène qui se répète dans les industries standardisées, celui d'un désintérêt progressif de la santé des gens employés comme qualité d'outillage au fur et à mesure que l'outillage se perfectionne mécaniquement » (id.). Cependant, c'est au « recrutement dénaturé », puisque non lié à un système de qualification, davantage qu'à la fatigue liée à la nature et au rythme des tâches exécutées, qu'il attribuera cet aspect de « musée clinique » qui distingue la population ouvrière de la « monstrueuse usine » : « viennent automatiquement chercher un emploi (...) tous les déçus de l'existence, les ouvriers qui n'en sont pas, qui n'ont aucune espérance de gagner ailleurs plus de six dollars (...) ou que leur état de santé menace de plusieurs façons et destine à l'hôpital plutôt qu'à l'industrie » (c) (16).

Choquant la morale médicale d'un Européen, la présence d'une telle main-d'œuvre dans l'usine devait ultérieurement être envisagée, au contraire, par Destouches comme un des effets heureux de la politique fordienne, lorsqu'elle lui parut permettre la disparition de l'armée de réserve traditionnelle (ouvriers démonétisés, atteints par la limite d'âge, handicapés ou malades) et la solution au problème français de la réinsertion des blessés de guerre et handicapés : « cet état de chose à tout prendre au point de vue sanitaire et même humain n'est point désastreux quant au présent, il permet à grand nombre de gens de vivre qui en seraient bien incapables en-dehors de chez Ford » (id.). Le travail industriel ayant le mérite de « nourrir facilement (...) des milliers d'êtres que nous sommes accoutumés à voir à l'hôpital, dans les dispen-

(16) Le médecin ne conclut pas, comme alors Gramsci ou Philip, à une usure précoce voire au risque d'une destruction de la force de travail, dont la crainte ravive alors le souvenir de la « dégénérescence » de la population industrielle dans les termes fixés au XIX^e siècle. A. Gramsci, dans « Americanisme et Fordisme », se demande s'il est possible que « le type moyen de l'ouvrier Ford devienne le type moyen de l'ouvrier moderne, ou bien cela est-il impossible, parce qu'on aboutirait à la dégénérescence physique et à la détérioration de la race, en détruisant toute force de travail » (cité par B. Coriat, *L'Atelier et le chronomètre*, Bourgeois, 1979, pp. 100-101).

saires, dans la rue, traînant longuement la misère ou leur semi-détresse à la charge de la communauté », l'expérience illustre la « possibilité de gagner leur vie, offerte à toutes les faiblesses physiques et mentales, même aux plus grandes, même aux plus prononcées » (id.). L'emploi des malades pouvait ainsi devenir exemplaire des solutions que le fordisme était susceptible d'apporter à certaines des questions sociales qu'affrontait le vieux continent en reconstruction : « il serait sans doute possible d'étudier sérieusement, dès à présent, les modalités éventuelles d'emploi de certains malades chroniques dans l'industrie. En ce qui concerne la France, nous ne retenons de l'exemple Ford que la preuve que cet emploi est possible, leur utilisation pourrait être chez nous plus rationnelle, moins indifférente humainement et se combiner peut-être avec une surveillance médicale, combinée avec un traitement convenable à chaque catégorie de malades chroniques » (id.) (17).

L'hygiéniste n'ignorait pas ce que cet emploi des malades pouvait avoir d'inacceptable au regard de la déontologie médicale : « on nous réfutera que notre proposition froisse le sentiment et que notre mentalité s'oppose à ce qu'on avoue franchement que la plupart des malades dans l'état actuel des choses doivent travailler pour vivre, eux et leurs familles » (id.). Il le justifiera pourtant, humainement et économiquement, en 1928, du fait de la modestie des prestations et des indemnités journalières consenties par la loi : « les statistiques de l'assurance maladie nous apprennent (...) que huit millions de salariés français ayant en moyenne chacun un être à leur charge ne gagnent pas 25 francs par jour. L'assurance maladie leur procurera, quand ils seront malades et qu'elle fonctionnera 10 francs par jour (...) Pour tout le monde, donc, communauté, patron, ouvrier et caisse d'assurance, il est infiniment préférable que l'ouvrier, surtout en France, travaille avec le moins d'interruption possible et le plus longtemps possible » (c) (18). Le refus du législateur de prendre en compte les

(17) En des termes différents, l'idée se rencontre déjà chez Sand, en 1920, à propos des bienfaits de la médecine industrielle : les « *pertes, partout où le service médical a été introduit dans l'industrie, ont été diminuées dans une proportion extrêmement élevée (...) la tuberculose, diagnostiquée et traitée dès le début, a pratiquement disparu des usines qui possèdent un Département médical. Celui-ci a permis l'utilisation des ouvriers tarés, infirmes ou âgés, qu'il sauve de la misère* », [37].

(18) Même complexe d'idées, chez Sand encore, avec des accents davantage proches des discours du siècle précédent : « *en effet il est essentiel de replacer le blessé à son travail dans le plus court délai possible (...) L'avantage de ce système pour l'ouvrier est plus considérable qu'on ne le pense généralement (...) en dépit de l'indemnité journalière, l'ouvrier subit une perte pécuniaire qui l'aigrit, le rend soupçonneux et crée d'innombrables difficultés pour l'avenir* » [37], p. 280.

besoins de santé au-delà du remboursement du médecin, des médicaments et de l'hospitalisation, imposait comme mesure « rationnelle » la mise au travail de ceux que la médecine présentait, selon ses propres critères, comme inaptes : « notre humanitarisme aussi est désuet et nuisible, il n'a que faire dans la société où fonctionnent les assurances sociales (...) en vue d'une assurance sociale efficace, n'hésitons point à concevoir que le malade doit travailler (...) une meilleure utilisation des ouvriers, des malades chroniques, plus soigneuse que chez Ford, permettrait sans doute, si elle se généralisait dans l'industrie, et même dans le commerce, d'alléger de beaucoup le budget des assurances sociales de demain » (c).

Préoccupation sociale et humanitaire, la réinsertion des blessés devenait, par la conjonction de la logique d'une médecine industrielle obsédée par le besoin de la main-d'œuvre et d'une culture autoritaire, anachronique en même temps qu'appuyée sur l'actualité de la taylorisation et du fordisme, retour dans l'usine des catégories de population que le législateur du XIX^e siècle en avait progressivement écartées. Elle prenait ainsi le sens d'une chasse au gaspillage, entendue comme la recherche systématique des gisements de force de travail inexploitée et d'une résorption drastique des poches d'improductivité sociale : l'une des leçons du taylorisme et du fordisme étant qu'« il n'existe pour ainsi dire pas d'incapables absolus », « il se pourrait (...) que nous découvrions dans nos usines aussi autant de malades que dans un hôpital et qu'une enquête dans les villes, dans les dispensaires et dans les sanatoria nous révèle l'existence d'une nombreuse main-d'œuvre gaspillée et parfaitement utilisable » (d). En des termes qui pourraient légendiser ces images inversées de l'utopie productiviste qui composent *Metropolis*, il arrivera à l'hygiéniste de présenter l'emploi de malades comme la forme achevée du contrôle attendu de la main-d'œuvre. Evoquant les enquêtes portant sur les corrélations entre degré de mécontentement et mesure de l'intelligence de l'ouvrier que cite A. Philip, en 1927, dans *Le Problème ouvrier aux Etats-Unis* (19), il explicitera ainsi le bénéfice pour l'employeur du recours à un tel personnel : « Il semble évident d'après l'expérience patronale américaine que ceux-ci — les malades — forment une main-d'œuvre stable et qui se résigne mieux qu'une autre, plus

(19) Enquête dont A. Philip commente ainsi librement les résultats : « *l'homme le plus stupide est (...) l'ouvrier le plus stable et le plus satisfait de son sort. C'est donc l'ouvrier le plus désirable pour l'usine et plusieurs établissements commencent à faire passer aux ouvriers des tests d'intelligence afin d'exclure les intelligents* », [32], p. 225.

éveillée, au rôle extrêmement limité qui leur est réservé dans l'industrie moderne. L'industrie moderne a longtemps lutté en vain contre la déperdition de force industrielle que constitue le départ des ouvriers en cours de fabrication : le débauchage. Ses dirigeants ont cherché par de multiples et ingénieuses combinaisons à attacher l'ouvrier à l'usine. Le fait d'avoir recours aux invalides physiques et psychiques semble être la plus fructueuse de ces combinaisons » (c).

Erewhon : la maladie entre le gaspillage et le délit (20)

Dans quelle mesure les illusions engendrées par l'idéologie de l'harmonie des intérêts ne dissimulent-elles pas à l'hygiéniste son renoncement à la rationalité proclamée des relations entre fin et moyen, bien-être et productivité ? L'hygiénisme industriel de Céline cherche nécessairement dans la sphère économique où il naît ses définitions de la maladie. De ce fait, il se trouve investir la représentation qui, depuis le XIX^e siècle, la sociologie l'a montré, associe celle-ci à une inaptitude ou une incapacité de travail, un état improductif (21) [18]. Tandis que la santé « assure le pouvoir de produire » [37], la maladie, inversement, représente une capacité de production sociale réduite. Elle est « gaspillage » et l'hygiène devient, on l'a vu, « essai d'économie totale de l'immense gaspillage que constituent les maladies humaines dans la société et à l'usine, quand ces maladies ne sont point envisagées économiquement, sous l'angle unique du travail ». L'hygiène prévient la maladie « comme » l'étude des temps partiels et des mouvements par Taylor vise une économie de temps morts et de gestes inutiles. Et c'est parce que la maladie est « gaspillage » que l'hygiéniste peut formuler la proposition, paradoxale sinon insensée, de la recherche d'une fin — l'amélioration de la santé de la population — par le moyen si peu médical d'une mise au travail des malades et préconiser que « l'assuré travaille le plus possible, avec le moins d'interruption possible pour cause de maladie » (d).

(20) S. Butler, *Erewhon* : « Dans ce pays, si un homme tombe malade ou contracte une maladie quelconque, ou s'affaiblit physiquement avant soixante-dix ans, il compare devant un jury composé de ses concitoyens, et s'il est reconnu coupable, il est noté d'infamie et condamné plus ou moins sévèrement selon les cas. Les maladies sont classées en crimes et délits » [5].

(21) Cf. aussi J. Starobinski, à propos de la maladie mentale, lue à travers la psychanalyse : « dans un monde qui fait du travail la plus haute valeur sociale, choisir d'être malade, choisir sa maladie, c'est se soustraire au devoir du travail, c'est chercher refuge dans la maladie » [43].

En fait, derrière la notion moderne et neutre de « gaspillage », survit l'idée d'infraction (« délit » pour le droit ou « paresse » pour le paternalisme), comme dans l'idéologie taylorienne est loin d'avoir disparu l'ancienne culture autoritaire. Ainsi le projet d'une « vaste police médicale et sanitaire » imaginé par Céline en 1928, s'il n'est pas conçu en vue de « limiter l'application » de la législation mais vise au contraire à en « renforcer le caractère et la discipline socialiste », a cependant pour ultime objet de prévenir les « facilités socialistes », les « grandes dérogations » à l'économie traditionnelle de la « communauté capitaliste » qu'autorisent les assurances sociales (id.) (22). Le concept, alors devenu anachronique, de « police médicale » illustre la confusion qui s'établit entre les termes de l'autorité traditionnelle et les impératifs de la nouvelle domination, comme le développe ce passage de l'article paru en novembre 1928 dans *La Presse médicale*, sous le titre « Les Assurances sociales et une politique économique de la santé publique » : « L'emploi des malades doit être le mot d'ordre social de demain, non point n'importe comment, mais sous permanent conseil et surveillance médicale (...) Dans un autre domaine, nous observons que la police, auxiliaire de la justice, sait ce qu'elle fait par longue expérience, elle poste ses agents et ses fonctionnaires là où il est remarqué depuis longtemps que sont commis de fréquents délits, dans les gares, dans les théâtres, aux courses, etc. Pour la santé publique et l'hygiène sociale en particulier, on attend que le délit vienne se présenter au juge, c'est-à-dire au dispensaire. C'est enfantin. Il faut aller “patrouiller” sur les lieux mêmes où s'utilise la santé des assurés, sur les lieux du travail, éviter ainsi que l'assuré ne “fasse malade”, ce délit, instituer en somme une vaste police médicale et sanitaire, qui s'étende non seulement au domicile de l'assuré, mais surtout aux endroits où il travaille, que ces

(22) Cette police médicale est d'abord une police. Il s'agit de vérifier que les prestations ne seront pas que la rémunération légalisée de la non-activité. Ce que redoute précisément le patronat, inquiet de devoir perdre, avec le contrôle des institutions de prévoyance, celui du personnel. La perspective productiviste de Destouches intègre aisément l'idée largement répandue parmi les opposants à la législation, entrepreneurs ou médecins, de la nuisance foncière des assurances sociales. « *L'assurance maladie (...) conduit à l'éternisation de la maladie* » : cette formule du docteur E. Liek (cf. H. Hatzfeld, *Du Paupérisme à la sécurité sociale, 1850-1940*, A. Colin, p. 92), auteur de *Les Méfaits des Assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier* (Payot), opportunément traduit en 1929 et abondamment commenté, résume leur conviction. Sur le renfort que l'argument, venant d'un médecin allemand, apporte aux thèses des opposants français à l'instauration de la législation, voir l'article de Dominique Simon, que je remercie Patrick Fridenson de m'avoir signalé, « Le Patronat face aux assurances sociales : 1920-1930 », *Le Mouvement social*, octobre-décembre 1986, numéro 137.

médecins d'assurance n'essayent point de jouer vainement aux cliniciens de pure science, détachés des réalités économiques et se transforment, au contraire, en praticiens du travail (...) Entre ces deux espèces de praticiens, liaison constante, comme entre les commissaires de police et les parquets » (id.). Que la maladie soit « gaspillage » confère au médecin du travail le même type de fonction de contrôle dont s'acquitte l'ingénieur dans la nouvelle division des tâches ; responsable de l'assistance médicale aux ouvriers, ce praticien doit également prévenir les abus auxquels la loi peut donner naissance. Un tel texte, incontestablement, répète et rejoue le conflit entre les diverses interprétations sociales de la maladie que le vote de la loi vient de trancher. Au moment où la législation reconnaît le *droit à la maladie*, en fait une *condition légitime d'inactivité* [19] [20], asseoit ce que l'anthropologie isole comme sa *réalité socio-culturelle* [48], l'hygiéniste, parce qu'il ne saurait accepter qu'elle soit motif légal d'inactivité, maintient la conception qui assimile la réalité de la maladie à l'une des multiples formes (absentéisme, accidents volontaires...) imaginées par l'individu pour se soustraire à l'ordre du travail : « l'acte principal de la vie des assurés, c'est leur travail (...) Une communauté capitaliste, la nôtre, est vouée à la faillite du jour où, tout en se contentant de ses lois et de ses conceptions ordinaires pour sa défense, elle permet en même temps à ses citoyens d'aussi grandes dérogations à son économie traditionnelle que celles qui seront permises par les assurances sociales » (d).

On ne se hâtera pas de conclure que ce ralliement de Des-touches à la tradition vérifie les théories du contrôle social, ce qu'il fait indéniablement. Peut-être est-il préférable d'identifier dans les conceptions du médecin de santé publique ce qui peut le conduire à reconnaître si facilement dans la maladie un délit, cette inconduite coupable qu'elle est pour l'idéologie paternaliste, lorsque celle-ci en réfute l'existence ou en rejette la cause sur le patient. Partisan de la loi en tant seulement qu'elle s'inscrit dans la perspective de la rationalisation sociale, le médecin demeure opposé à ce qu'il appelle son inspiration « nettement socialisante », à la société de type assurantiel qu'elle consacrerait également. Si un rapprochement avec l'autorité traditionnelle peut intervenir cependant, c'est qu'influencé par le libéralisme et le puritanisme américain, l'hygiéniste a en commun avec elle cette idée que le malade est seul responsable de son mal, moins *patient* qu'*agent* de ses maux (pour reprendre les termes de la distinction classique de Jean Starobinski) [43]. Relais, à travers la rationalisation industrielle et par le biais de la Mission Rockefeller, de l'éthique puri-

taine nord-américaine (23), Céline conforme aux fondements de cette éthique son propre modèle d'explication de la maladie ; du côté de la communauté, la maladie est « gaspillage social » en tant qu'elle limite la production et ne permet pas l'utilisation optimale du capital humain ; du côté de la personne, elle est le fait d'inconduites, de délits individuels et, il le sous-entend, manquement de l'individu à ses devoirs à l'égard de la communauté. Un hygiénisme qui ne fait pas cas de l'étiologie sociale du mal, n'envisage les individus que statistiquement et collectivement, met l'accent sur le procès de rationalisation industriel et social et avoue sa dette à l'égard de la science du rendement et du *scientific management*, est naturellement porté, lorsqu'il cherche la cause d'un mal que son entreprise présente comme une survivance, à se tourner vers l'individu, à l'incriminer, lui et ses mauvaises habitudes d'hygiène, c'est-à-dire son inconduite : sa conduite non rationnelle de vie — comme l'indique assez le sens des campagnes de prévention et de propagande de la Mission Rockefeller qui le prennent pour cible, à s'interroger finalement sur la résistance qu'en tant qu'individu il opposerait à la guérison, à la santé.

Sa tradition de conflit avec la médecine libérale, la lutte contre les maladies sociales à quoi elle s'identifie, l'horizon collectif où s'inscrit son intervention, pas plus que sa participation à la science du rendement et sa volonté de soustraire le processus de production aux contraintes de la physiologie humaine, ne disposent précisément l'hygiène à prendre en compte ce qu'un des pères de la sociologie du travail nomme alors le « facteur humain », et un eugéniste comme Sicard de Plauzolles « l'individu isolé ». Elle élabore au contraire son utopie depuis la mise entre parenthèses de celui-ci, son abstraction. Un satiriste comme Butler concluerait que la promotion de la santé au rang de valeur sociale exige la disparition de la maladie individuelle. Tel est le cas. L'individu est le point aveugle de cet hygiénisme. « Pour la médecine sociale, l'homme représente plus qu'un individu ; il est un membre de la collectivité » explique René Sand, et Sicard de Plauzolles : « l'hygiène sociale envisage l'homme non pas isolément, comme individu, mais comme élément d'une collectivité, famille, cité, nation, élément producteur, capital humain, ouvrier (...) nous ne pouvons

(23) Explicitement lorsqu'il met en cause l'inexistence de l'éducation hygiénique et l'absence de souci pour la santé publique dans les pays de tradition catholique : « *au point de vue social et surtout sanitaire, les pays qui ont été ou qui sont encore sous la coupe catholique se trouvent nettement handicapés. La doctrine catholique qui prêche le mépris du corps et des biens terrestres, le détachement, l'individualisme (...) établit un ensemble d'habitudes nationales qui, même chez les non pratiquants, constitue une véritable masse d'inertie civique* » (e).

considérer l'individu isolé : dans chaque individu, nous voyons d'abord un instrument de travail, un producteur, un élément de la force et de la richesse nationales, une part du capital humain. Chaque individu représente pour nous une richesse, une utilité ; nous devons le conserver en bonne santé non seulement pour lui-même, mais dans l'intérêt général, pour sa meilleure utilisation, pour son meilleur rendement » [42].

Dans *Ni droite ni gauche, l'idéologie fasciste en France*, Z. Sternhell compte parmi les soutiens du taylorisme « cette gauche nouvelle, planiste, *managérielle* et technocratique », qui part « en campagne contre le vieux monde des libéraux, des socialistes orthodoxes, tous tenants du vieil ordre des choses, tous incapables de comprendre les impératifs de l'économie moderne » et, poursuit-il, « également réfractaires à l'idée de la fondamentale solidarité qu'engendre la technologie moderne entre tous les producteurs, entre toutes les classes conçues autrefois comme antagonistes. Des hommes de gauche glissent vers le fascisme non pas parce qu'ils veulent revenir à un âge d'or disparu mais au contraire parce qu'ils veulent aller de l'avant, parce qu'ils en viennent à concevoir la société comme un atelier qu'il faut organiser, rationaliser, diriger » [45]. L'idéologie de l'essor continu de la production et l'adhésion au slogan de la chasse au gaspillage portent en germe chez Céline la critique des classes « parasites » et des groupes improductifs — la mise au travail des malades annonce le rejet de catégories de populations « traînant longuement (...) leur semi-détresse à la charge de la communauté » (c) — et l'eugénisme raciste des années trente. Conjuguées à une permanence de la tradition autoritaire (on le verra avec la condamnation virulente du temps libre et des loisirs accordés par le Front Populaire dans *Bagatelles pour un massacre*) et au refus, qui s'ancre dans l'anti-libéralisme, de reconnaître aux individus leur autonomie, elles tiennent lieu de politique.

« Les expériences industrielles que René Sand a heureusement portées à notre connaissance démontrent », écrivait Sicard de Plauzolles, que « la production est plus économique lorsque les travailleurs sont *en bonne forme* » et que « le souci et le respect du capital humain sont les conditions essentielles de la prospérité sociale » [42] ; Céline parlait, avant 1930, à propos des entreprises nord-américaines, de « meilleure utilisation des ouvriers », de « sage utilisation du matériel humain envisagée dans la durée et tel qu'il est » et déclare que la loi de 1928 est « surtout destinée à une meilleure utilisation du matériel humain, malade ou non » (a) (b) (d). La biologisation de l'individu, qui constituera l'un des foyers de la pensée eugéniste et de l'antisémitisme céliniens des années

trente, n'emprunte pas à la seule histoire des concepts médicaux et hygiénistes ; elle prend sa source — leçon apprise comment, on l'a vu — dans la normalisation de l'homme au travail du capitalisme organisateur, l'exaltation de sa seule dimension physique et énergétique (son animalisation : le « gorille apprivoisé ») et sa soumission à la « dictature de la production » [10] (24). Elle est aussi effet de l'érection de la sphère économique, parmi les partisans de la modernisation industrielle et sociale, au rang de *source de la loi morale et de l'obligation politique*, incitant à croire que « la nature biologique » de l'homme pourrait assurer le fondement et le lien « d'une société qui (ne serait) pas d'ordre politique » [33].

Après 1929 : d'autres interprétations de la maladie

Après 1929, le discours de l'hygiéniste va connaître les effets de l'entrée dans la crise. Sans renoncer à l'objectif de la rationalisation, il enregistre un renversement des modèles jusque-là retenus pour rendre compte de la maladie ainsi qu'une révision brutale de ses énoncés, où les formulations sociales et politiques apparaissent et prennent une place dominante. Cette révision coïncide, rappelons-le, avec la modification des conditions de l'exercice professionnel. A compter de 1928, Destouches n'est plus attaché à la S.D.N., un professionnel voué à la défense et à l'illustration de l'hygiène, mais, dans le cadre d'un dispensaire de la banlieue parisienne, un praticien de base, confronté à une médecine de la misère et de l'impuissance thérapeutique. Il peut mesurer l'écart qui sépare l'élite de la profession du praticien commun qu'il devient (cette intériorisation des hiérarchies professionnelles se traduit par les attaques contre la « science officielle » et ses représentants contenues dans les pamphlets). Symptomatiquement, le dernier texte hygiéniste important (1932) est un projet de réforme de l'enseignement de l'hygiène, sans doute lié à la création alors prévue par la SDN d'une Ecole internationale d'hygiène à Paris.

A cette date, la victoire du « conservatisme » et la défaite des « réformes sociales », c'est-à-dire l'échec de la mise en place d'une politique de santé publique à partir de la législation de 1928, conduisent à reconnaître la situation de domination inchangée de

(24) De la hantise de la dégénérescence naît le souci eugéniste : « *en Europe, écrit en 1932 le médecin dans son mémoire pour une réforme de l'enseignement de l'hygiène, ce sera bientôt un problème de vitalité, d'une plus grande vitalité individuelle et collective, un problème de beauté en définitive qui se posera devant l'hygiène* » (g).

la médecine par rapport à l'hygiène : « faire de l'hygiène dans un pays où la médecine n'est pas rationalisée ne sert à rien puisque les véritables buts de l'hygiène sont des buts idéaux, théoriques, qui sont loin des possibilités du monde actuel » (g). Mais surtout à incriminer chez les hygiénistes l'« ignorance de la réalité sociale » et l'ensemble des mécanismes sociaux — intérêts économiques, habitudes sanitaires, etc. — qui s'opposent à la réalisation de leur programme. Le constat de ces résistances introduit à une explication inédite de la maladie, désormais conduite en termes sociaux : « Les problèmes, qui se présentent aujourd'hui devant les progrès de l'hygiène, sont pour une grande part insolubles. La société où nous vivons a autre chose à faire. L'égoïsme est absolument prépondérant (...) tout véritable progrès sanitaire à partir d'un certain point facilement atteint (les grandes épidémies) est entravé presque définitivement par toutes les forces économiques, commerciales, traditionnelles qui dominent et régissent la communauté » (id.). Intérêts économiques, misère sociale, bas salaires, logements : « il y a beaucoup plus d'intérêts et de gens occupés à profiter de la maladie qu'à la vaincre » (id.). Le mémoire recense les facteurs qui se dressent comme autant d'obstacles devant le progrès sanitaire et dont l'enseignement projeté devrait entreprendre l'étude systématique : tendances « antisociale, individualisante, perfidement anarchique et commerciale de la médecine », mais surtout inégalité sociale devant la maladie, laquelle « n'est pas un accident isolé et rare dans la société actuelle comme la phraséologie et la mentalité conformiste tendent à le faire penser » : « Les individus mal foutus, les chroniques plus ou moins irrémédiables forment l'immense majorité de ce monde et pour ainsi dire la totalité des pauvres, ce sont eux qui font marcher la machine (...) nous savons tous parfaitement que c'est le prolétariat, chômeurs ou non, qui est incomparablement plus accablé par la maladie que le riche » (id.). Dans *Monde* : « on essaye de faire croire au peuple que la mort est égale pour tous (...) il n'en est rien » (e). D'où l'importance de la classe sociale, du logement, de l'alimentation, du sport... sur l'état sanitaire, mais aussi de la monotonie comme du surmenage au travail ou la nécessité de ne pas négliger les « véritables tenants politiques, budgétaires, commerciaux » de l'alcoolisme (id.).

Cette interprétation de la maladie par la causalité sociale ne remplace pas le modèle libéral anglo-saxon, elle s'y ajoute dans la mesure où les deux types d'explication convergent pour ce qui concerne le point auquel l'hygiéniste est le plus sensible : celui de la résistance au changement et à la guérison. Individuel et circonscrit dans le modèle américain, ce « refus » de guérir se fait plus

global et diffus avec le modèle social. Plus profond aussi lorsqu'intervient la référence, auparavant absente, au freudisme : « dans la médecine pratique (...), nous découvrons que la grande majorité des malades aiment leurs maladies. Qu'ils la choyent et s'en font une auto-punition permanente qui répond exactement à un instinct social profond et bien mis en valeur par la psychanalyse (...) nous citons ce fait pour mieux nous demander ce que devient en face de cette tendance toute la fameuse propagande d'hygiène à laquelle nous avons hélas personnellement vaillamment participé (...) ces curieux à-côtés nous font comprendre que l'empoisonnement du malade par le médecin répond (...) à l'immense désir du subconscient de mutilation et de mort du malade » (id.). Refus de guérir plus indéradicable encore lorsque la pulsion de mort porte, pour l'hygiéniste, la leçon d'une *guérison impossible* (25) et dessine les contours d'un *nihilisme médical* achevé : « On sait bien pourquoi la vie est malade, on pourrait peut-être dans une autre société modifier radicalement les conditions qui créent et entretiennent la maladie mais ces conditions sont actuellement si bien défendues par des intérêts si solides et impitoyables, par une inertie populaire si crasseuse que ce serait faire preuve actuellement d'une grande hypocrisie que (...) de s'attaquer à de telles forteresses (...) la vie est malade tout le temps, toujours, elle ne peut pas se lever ni s'échapper du travail pour aller courir les stades, les dispensaires, les rivages de la Méditerranée que lui préparent les hygiénistes » (id.).

Le constat des résistances qu'individus et société opposent à l'œuvre hygiéniste donne naissance à une ambivalence fondamentale, qui conduit à hésiter entre deux attitudes contraires. L'une, dépressive, mineure (née de l'observation de la part prise par les maladies chroniques dans les pathologies aux dépens de la tuberculose à partir de quoi raisonne ordinairement le médecin de santé publique) : elle consiste à s'accommoder de la maladie, par-delà l'impuissance thérapeutique présente, parce qu'il ne saurait y avoir de société sans maladie, quelle que soit par ailleurs en son sein la distribution inégale de celle-ci : « une autre hygiène médico-sociale est à créer, plus réelle, plus modeste, plus minutieuse qui s'insinue et se soude à la médecine générale, à la réalité des malades et des maladies, non pas tant pour essayer de supprimer la maladie que pour essayer de la rendre moins douloureuse et plus supportable » (id.). L'hygiéniste fait alors son deuil de la mythologie, mobilisatrice et centrale dans l'utopie sanitaire, de

(25) *L'Idée de guérison*, Nouvelle Revue de Psychanalyse, n° 17, printemps 1978.

l'éradication et de l'effacement progressifs du mal, se demandant si « dans l'état actuel des choses, il n'est pas plus économique de considérer que la maladie plus ou moins chronique est l'état normal de l'individu dans la société où nous vivons et la santé un état tout à fait exceptionnel. Et s'il ne convient pas de cesser de courir après un idéal qu'on ne saurait atteindre avant des milliers d'années. S'il ne convient point d'essayer, les gros ouvrages étant faits, adductions d'eau potable, variole, fièvre jaune, etc., de s'adapter aux conditions morbides et capitalistes irrémédiables et d'administrer la maladie, de circonscrire son domaine comme on circonscrit la prostitution et les tripots dans les villes, de ne pas faire toujours comme si la maladie allait une fois pour toutes disparaître demain, de l'aménager au lieu de la nier, de lui rogner ses armes au lieu de continuer à faire des grimaces, des incantations en vue d'un monde édénique » (id.).

L'autre, paranoïaque, majeure, est le refus de renoncer au programme hygiéniste et l'espoir de voir le renversement social conduire la disparition des « fléaux » sociaux. Les particularités nationales de l'histoire de la protection sociale française, qu'un hygiéniste comme Céline interprète en termes d'absence de volonté politique, confortent de telles visions : « on pourrait peut-être dans une autre société modifier radicalement les conditions qui créent et entretiennent la maladie (...) il faudrait que cette société s'écroulât pour qu'on puisse véritablement parler d'hygiène généralisée », laquelle « ne s'accorde bien qu'avec une formule socialiste ou communiste d'Etat » (g). Expression d'une ancienne tradition interventionniste, mais aussi sensibilité des milieux liés aux idéologies de la rationalisation en lutte contre l'ancien libéralisme politique, l'antilibéralisme de l'hygiéniste reçoit le sens d'une aspiration à un Etat capable de prendre en charge la santé de sa population. Dans le contexte historique et social des années trente, les nécessités du programme hygiéniste conduisent à attendre son application des Etats qui, comme la France en temps de guerre, font précisément de la santé publique une affaire nationale. Au modèle anglo-saxon des années vingt succède la référence aux idéologies qui, comme en Allemagne et en URSS, proposent des réponses « anticapitalistes » et « antilibérales » à la crise. La dimension scientifique de l'hygiène s'effaçant devant sa dimension sociale, l'Etat autoritaire apparaît le cadre approprié à la mise en place de la politique publique de santé attendue par l'hygiéniste et que le libéralisme s'était révélé incapable de mettre en œuvre.

Destouches *avant* Céline ? La littérature, à partir de 1932, est une seconde carrière après l'échec de la première, au sein de la profession médicale. Elle ne met pas un terme au souci médical :

dans l'univers de la fiction, la maladie sera la clé de la mise en ordre du récit et du temps, de l'Histoire, et aussi cette forme d'« abjection » attachée aux castes d'intouchables de la société industrielle moderne, comme le comprend, en 1933, Georges Bataille à la lecture du *Voyage au bout de la nuit* [1]. Par ailleurs, et par-delà toute actualité du taylorisme, le programme hygiéniste reviendra au cœur des pamphlets comme leur programme politique : la maladie en tant que catégorie socio-politique, l'ancienne comparaison de la société avec un corps malade, qui autorise toutes les métaphores, et la recherche de l'origine du mal dans une cause unique et occulte, cette *causalité diabolique* invoquée par l'antisémite dans la longue durée des dénonciations et accusations occidentales. Le discours pamphlétaire mimera le discours hygiéniste et sera la dernière tentative pour le faire reconnaître comme légitime et d'actualité. Par ses ressources propres (une absence de mandat et un ton prophétique) et le type de communication qu'il suppose (une communauté de lecteurs non compétents prise à témoin contre les pairs ; l'appel au sens commun contre les représentants de la « science officielle » ; l'accent mis sur l'émotion ou la persuasion plutôt que sur la conviction — pour nommer les deux types d'influence considérées par la rhétorique), il tentera d'imposer ce qui n'a pu l'être par l'époque et les voies normales de la profession.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bataille (G.), « Voyage au bout de la nuit », *La Critique sociale*, n° 7, janvier 1933.
- [2] Bourdieu (P.), « Les Usages du peuple », *Choses dites*, Minuit.
- [3] Bungener (M.), *Essai sur la démographie médicale, Besoins en médecine et fonctions sociales de la médecine*, Thèse de 3^e cycle, Paris IX Dauphine, ronéotée, 1980.
- [4] Bungener (M.), « Une éternelle pléthore médicale », *Sciences Sociales et Santé*, février 1984, n° 1, 77 à 110.
- [5] Butler (S.), *Erewhon*, 1^{re} édition 1872, L'Imaginaire, Gallimard, 1981.
- [6] Chauveau (Dr), « Les Assurances sociales et l'Hygiène », *Le Mouvement Sanitaire*, n° 26, juin 1926.
- [7] Chauveau (Dr), « Les Assurances sociales du point de vue de l'hygiène sociale et de la santé publique », *Le Mouvement Sanitaire*, n° 44, décembre 1927, 796 à 803.
- [8] Dardelin et Simonin (Drs), *La Crise médicale*, Paris, 1931, Editions Maloine.
- [9] Dessertine (D.) et Faure (O.), *Combattre la tuberculose*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 1988.
- [10] Drieu La Rochelle (P.), *Genève ou Moscou* (1928) repris dans *Le Jeune Européen* suivi de *Genève ou Moscou*, Gallimard, 1978.

- [11] Ewen (S.), *Captains of consciousness: advertising and the social roots of the consumer culture*, 1977, McGraw-Hill (éd. française, 1983, Aubier).
- [12] Fridenson (P.), « Un tournant taylorien de la société française (1904-1918) », *Annales E.S.C.*, septembre-octobre 1987, 1031-1060.
- [13] Friedmann (G.), *Problèmes du machinisme en URSS et dans les pays capitalistes*, Paris, Editions socialistes internationales, 1934.
- [14] Friedmann (G.), *La Crise du progrès, Esquisse d'une histoire des idées (1895-1935)*, Paris, NRF, avril 1936.
- [15] Garden (M.), in *Histoire des Français, XIX^e-XX^e siècles*, I. *Un peuple et son pays*, par C. Lucas, Y. Lequin, M. Garden, H. Morsel ; Livre IV La Mortalité, « Le combat contre la tuberculose », 354 à 363, Armand Colin, 1984.
- [16] Guillaume (P.), *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Aubier, 1986, 171 à 215.
- [17] Hazemann (R.H.), *Le Service social municipal*, préf. Ed. Fuster, Editions du Mouvement sanitaire, 1929.
- [18] Herzlich (Cl.), *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, EPHE et Mouton, 1969.
- [19] Herzlich (Cl.), « Médecine moderne et quête du sens : la maladie signifiant social » in M. Augé et Cl. Herzlich, *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des archives contemporaines, coll. Ordres sociaux, septembre 1983.
- [20] Herzlich (Cl.) et Pierret (J.), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot, coll. Médecine et Sociétés, janvier 1984.
- [21] Kater (M.H.), « Professionalization and Socialization of Physicians in Wilhelmine and Weimar Germany », *Journal of Contemporary History*, n° 4, octobre 1985, 677 à 701.
- [22] Kovács (M.), « Lutttes professionnelles et antisémitisme, chronique de la montée du fascisme dans le corps médical hongrois, 1920-1944 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 56, mars 1985, 31 à 44.
- [23] Labisch (A.), « Doctors, Workers and the scientific cosmology of the industrial world : the social construction of "Health" and the "Homo Hygienicus" », *Journal of Contemporary History*, A special issue « Medicine, History and Society », october 1985, n° 4, 599-615.
- [24] Leclercq (J.), Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, et Mazel (P.), Chef de travaux de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon, *La main-d'œuvre nationale après la guerre*, préf. de M. Ed. Herriot, Paris, Larousse, 1917.
- [25] Léonard (J.), *La Médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Aubier, 1981.
- [26] Maier (C.S.), « Entre le taylorisme et la technocratie : idéologies et conceptions de la productivité industrielle dans l'Europe des années 1920 », *Recherches*, n° 32-33, *Le Soldat du travail*, septembre 1978, 95 à 134.
- [27] Maurras (Ch.), *Le Corps médical et la Restauration nationale*, Paris, Les Amis des beaux livres, avril 1933.
- [28] Maurras (Ch.), « Les médecins étrangers », éditorial, *L'Action française*, dimanche 12 juillet 1936.
- [29] Murard (L.) et Zylberman (P.), « L'autre guerre (1914-1918) : la santé publique en France sous l'œil de l'Amérique », *Revue historique*, n° 560, octobre-décembre 1986, 367 à 398.

- [30] Murard (L.) et Zylberman (P.), « Robert-Henri Hazemann, urbaniste social », *Urbi*, X, hiver 1986, 49 à 91.
- [31] Murard (L.) et Zylberman (P.), « La Mission Rockefeller en France et la création du Comité national de défense contre la tuberculose (1917-1923) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, T. XXXIV, avril-juin 1987, 258 à 281.
- [32] Philip (A.), *Le Problème ouvrier aux Etats-Unis*, Paris, Alcan, 1927.
- [33] Polanyi (K.), *La Grande Transformation*, Paris, Gallimard, 1983, pp. 155-177.
- [34] Richard Brown (E.), *Rockefeller Medicine men, Medicine and Capitalism in America*, University of California Press, 1979.
- [35] Rockefeller Foundation, *Compte rendu de l'œuvre accomplie en 1927*, New York, 1928.
- [36] Rockefeller Foundation, *Compte rendu de l'œuvre accomplie en 1928*, New York, 1929.
- [37] Sand (R.), *Organisation industrielle, Médecine sociale et Education civique en Angleterre et aux Etats-Unis*, Paris, Baillière, 1920.
- [38] Sand (R.), « L'Education populaire dans le domaine de l'hygiène », *Revue d'hygiène*, octobre 1927.
- [39] Sand (R.), « La Pratique médicale de l'avenir », *Le Mouvement Sanitaire*, n° 72, avril 1930.
- [40] Schneider (W.H.), « L'eugénisme en France, le tournant des années trente », *Sciences Sociales et Santé*, novembre 1986, n° 3-4, 81 à 114.
- [41] Schor (R.), *L'Opinion Française et les étrangers en France*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1985.
- [42] Sicard de Plauzolles (Dr), *Principes d'Hygiène Sociale*, Cours libre professé à la Sorbonne (1922-1927), Paris, Editions médicales, 1927.
- [43] Starobinski (J.), « La maladie comme infortune de l'imagination », *La Relation critique, l'œil vivant II*, Gallimard, 214 à 237.
- [44] 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 Inc Publishers, 1982.
- [45] Sternhell (Z.), *Ni droite ni gauche, l'idéologie fasciste en France*, Paris, Seuil, 1983, 171-172.
- [46] Vincent (Dr A.), « La médecine dans le monde de l'argent », *Esprit*, n° 30, 31, 32, 33, 34 ; mars, avril, mai, juin, juillet 1935.
- [47] Weindling (P.) (ed. by), *The Social history of occupational health*, Croom Helm Ltd, 1985.
- [48] Zempléni (A.), « La maladie et ses causes », introduction à *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, numéro spécial, *L'Ethnographie*, n° 96-97, 1985-2 et 3.

TEXTES DE L.-F. CÉLINE

Ecrits médicaux

- (a) « Note sur l'organisation sanitaire des usines Ford à Détroit », 1925, archives OMS, Genève.
- (b) « Notes sur le service sanitaire de la Compagnie Westinghouse à Pittsburgh », 1925, archives OMS.
- (c) « A propos du service sanitaire des usines Ford à Détroit », *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine de Paris*, n° 10, 26 mai 1928, 303 à 312.
- (d) « Les Assurances sociales et une politique économique de la santé publique », *La Presse médicale*, n° 94, 24 novembre 1928, 1499-1501.
- (e) « La Santé publique en France », *Monde*, n° 92, 8 mars 1930, 35 à 36.
- (f) « Essai de diagnostic et de thérapeutique méthodiques "en série" sur certains malades d'un dispensaire », *Bulletins et mémoires de la Société de médecine de Paris*, n° 6, 22 mars 1930, 163 à 168.
- (g) « Mémoire pour le cours des hautes études », 1932, inédit publié dans Cahiers Céline 3, *Semmelweis et autres écrits médicaux*, 178-212.
- (h) « Pour tuer le chômage, tueront-ils les chômeurs ? », *Le Mois*, 1^{er} février 1933, 57 à 60.
- (i) « La médecine chez Ford », *Lectures 40*, n° 4, 1^{er} août 1941 et n° 5, 15 août 1941.

A l'exception de (e), ces textes ont été repris, ainsi que d'autres, dans *Semmelweis et autres écrits médicaux*, *Cahiers Céline 3*, Gallimard, textes réunis et présentés par J.-P. Dauphin et H. Godard, Paris, 1977.

Fiction

- (j) *L'Eglise*, comédie en cinq actes, Denoël, 1^{re} édition, 1933.
- (k) *Romans I*, Paris, Bibliothèque de la Pléiade, 1981 (*Voyage au bout de la nuit*, 1932 ; *Mort à Crédit*, 1936).

Pamphlets

- (l) *Bagatelles pour un massacre*, Paris, Denoël, 1937 (éd. cit. 1941).
- (m) *L'Ecole des Cadavres*, Denoël, 1938 (éd. cit. 1941).